

# 沖縄市第 3 期保健事業実施計画 (データヘルス計画)

## 第 4 期特定健康診査等実施計画

令和 6 年度～令和 11 年度



沖縄市健康づくりキャラクター  
おきはくん

令和 6 年 3 月

# 保健事業実施計画(データヘルス計画)目次

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方	1
1. 背景・目的	1
2. 計画の位置付けと基本的な考え方	2
3. 計画期間	6
4. 関係者が果たすべき役割と連携	6
1) 市町村国保の役割	
2) 関係機関との連携	
3) 被保険者の役割	
5. 保険者努力支援制度	8
第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化	9
1. 保険者の特性	9
2. 第2期計画にかかる評価及び考察	10
1) 第2期データヘルス計画の評価	
2) 第2期データヘルス計画にかかる考察	
3) 主な個別事業の評価と課題	
3. 第3期における健康課題の明確化	26
1) 基本的考え方	
2) 健康課題の明確化	
3) 目標の設定	
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	34
1. 第四期特定健康診査等実施計画について	34
2. 目標値の設定	34
3. 対象者の見込み	34
4. 特定健診の実施	34
5. 特定保健指導の実施	36
6. 個人情報保護	39
7. 結果の報告	39
8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知	39

第4章 課題解決するための個別保健事業	40
I. 保健事業の方向性	40
II. 重症化予防の取組	40
1. 糖尿病性腎症重症化予防	42
2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防	46
3. 虚血性心疾患重症化予防	49
4. 脳血管疾患重症化予防	52
III. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施	57
IV. 発症予防	58
V. ポピュレーションアプローチ	59
第5章 計画の評価・見直し	61
1. 評価の時期	
2. 評価方法・体制	
第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	62
1. 計画の公表・周知	
2. 個人情報の取扱い	
参考資料	63

# 第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的な考え方

## 1. 背景・目的

平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略<sup>※1</sup>」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされました。平成26年3月、国民健康保険法に基づく保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)において市町村国保は、健康・医療情報を活用してPDCAサイクル<sup>※2</sup>に沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うことが求められています。

またその後、平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体として共同保険者となり、令和2年7月閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2020(骨太方針2020)<sup>※3</sup>」において、保険者のデータヘルスの計画の標準化等の取組みの推進が掲げられ、令和4年12月に経済財政諮問会議における「新経済・財政再生計画 改革行程表<sup>※4</sup>2022」において、「保険者が策定するデータヘルス計画の手引きの改訂等を行うとともに、当該計画の標準化の進展にあたり、保険者共通の評価指標やアウトカムベースでの適正なKPIの設定を推進する。」と示されました。

このように、全ての保険者にデータヘルス計画の策定が求められ、効果的・効率的な保健事業の実施に向けて、標準化の取組の推進や評価指標の設定の推進が進められています。

このような国の動きや本市の課題等を踏まえ、本市では、保健事業を引き続き実施するにあたり、国の指針に基づいて、「第3期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を策定します。

---

※1 日本再興戦略:我が国の経済再生に向けて、産業基盤の強化、医療・エネルギー等の市場創出、国際経済連携の推進や海外市場の獲得等、第二次安倍内閣が掲げた成長戦略のこと(H25.6 閣議決定)

※2 PDCA サイクル:P(計画)→D(実施)→C(評価)→A(改善)を繰り返し行うこと

※3 経済財政運営と改革の基本方針:政府の経済財政政策に関する基本的な方針を示すとともに、経済、財政、行政、社会などの分野における改革の重要性とその方向性を示すもの

※4 新経済・財政再生計画 改革行程表:新経済・財政再生計画に掲げられた主要分野ごとの重要課題への対応と KPI(重要業績評価指標)、それぞれの政策目標とのつながりを明示することにより、目指す成果への道筋を示すもの

## 2. 計画の位置付けと基本的な考え方

第3期保健事業の実施計画(データヘルス計画)とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものです。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業(支援)計画、高齢者保健事業の実施計画、国民健康保険運営方針、特定健康診査等実施計画と調和のとれたものとする必要があります。(図表1)

また、「特定健診等実施計画」は保健事業の中核をなす特定健診及び特定保健指導の具体的な実施方法を定めるものであることから、保健事業実施計画(データヘルス計画)と一体的に策定することとします。ただし、保健事業実施計画(データヘルス計画)の対象者は、被保険者全員とします。

さらに、「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)<sup>※5</sup>」(以下「プログラム」という。)は、高確法に基づく特定健診・特定保健指導を中心に、健康増進法に基づく生活習慣病対策を推進するための効果的な健診・保健指導を実施するにあたり、事務担当者を含め、健診・保健指導に関わる者が理解しておくべき基本的な考え方や実施する際の留意点等を示したものであることから、基本的な考え方については、プログラムに準じて保健事業を展開することが求められています。(図表2・3・4・5)

本市では、以上の事も踏まえ、国保データベース(KDB<sup>※6</sup>)を活用して特定健康診査の結果やレセプト、介護保険等のデータ分析を行い、優先的に取り組むべき健康課題を抽出した上で、生活習慣病の発症及び重症化予防に取り組み、国保加入者の健康保持増進を図ることで、健康寿命の延伸、ひいては医療費適正化を目指します。

---

※5 標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)において中長期的な目標疾患は、脳血管疾患・心疾患、糖尿病合併症の減少を用いている。(図表2参照)

なお、心疾患には健康づくりにより予防可能でないものも含まれているため、予防可能な循環器病の発症を予防し、結果として心疾患全体の死亡率を減少させることを目指すことより、保健事業実施(データヘルス)計画においては、第2期同様虚血性心疾患を予防の対象疾患とする。また、糖尿病合併症である細小血管障害(網膜症、腎症、神経障害)、大血管障害のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい糖尿病腎症に着目することとする。

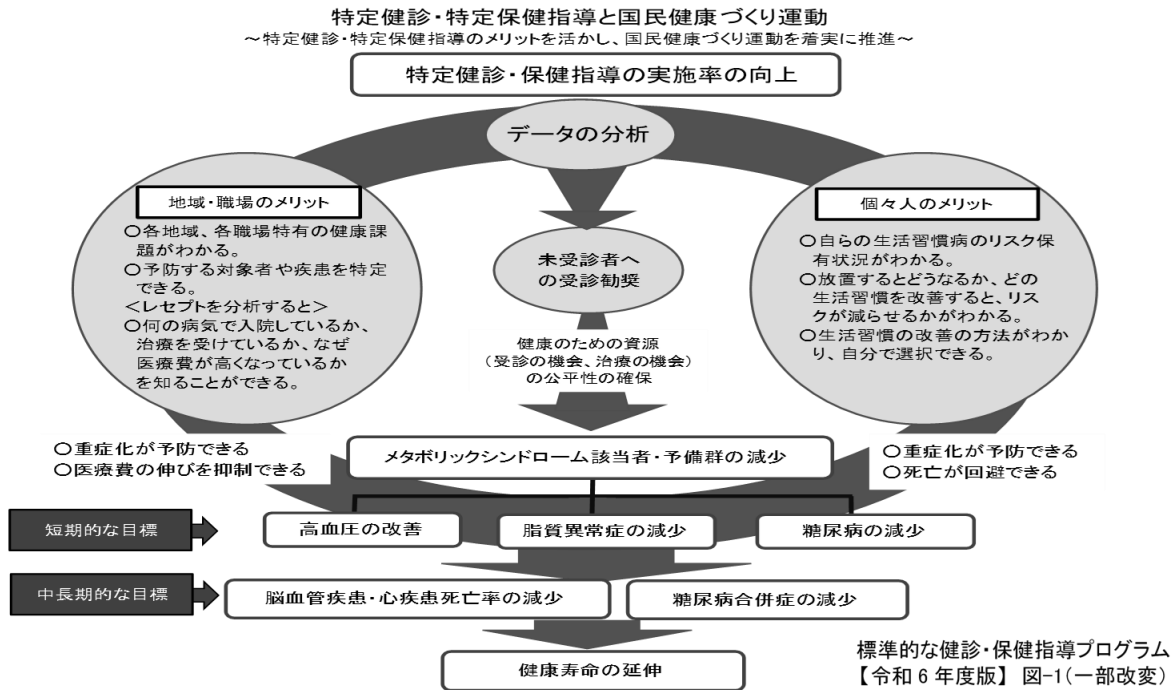
※6 KDB:国民健康保険団体連合会が管理する「特定健康診査・特定保健指導」、「医療」、「介護保険」等に係る統計情報を保険者向けに情報提供するシステムのこと。

図表 1 データヘルス計画とその他法定計画等との位置づけ

法定計画等の位置づけ

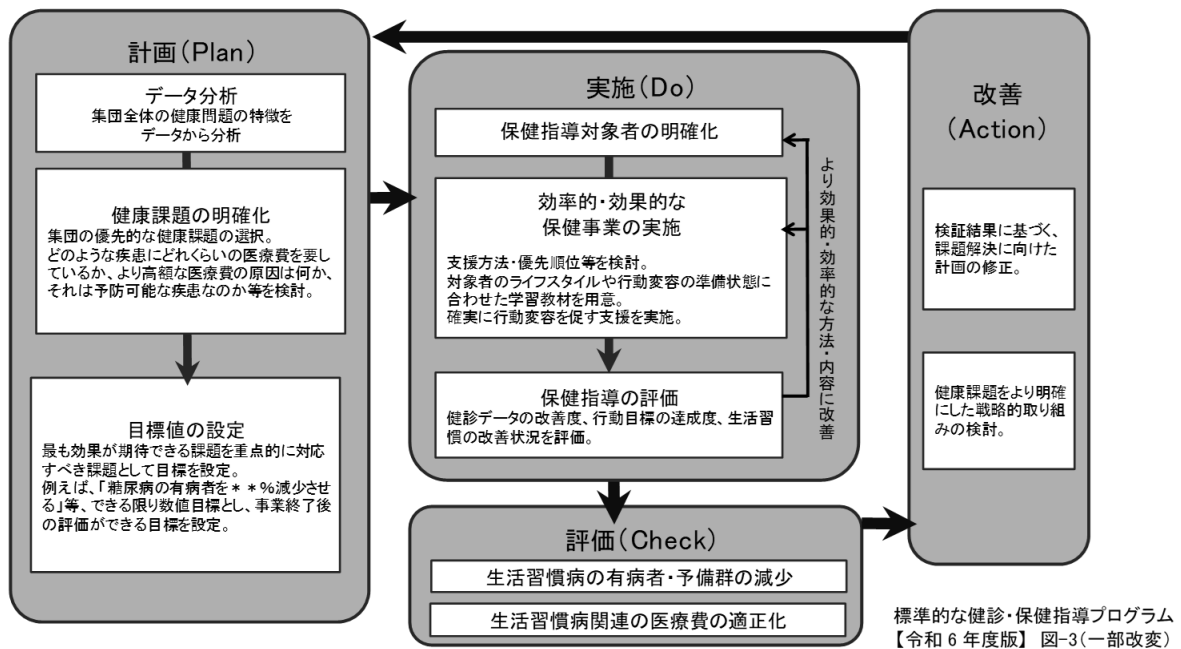
		※健康増進事業実施者とは 健康保険法、国民健康保険法、共済組合法、労働安全衛生法、市町村(母子保健法、介護保険法)、学校保健法				
健康増進計画		データヘルス計画 (保健事業実施計画)	特定健康診査等 実施計画	医療費適正化 計画	医療計画 (地域医療構想含む)	介護保険事業 (支援)計画
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者(※)	国民健康保険法 第82条 健康保険法 第150条 高確法 第125条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第19条	高齢者の医療の確保に 関する法律 第9条	医療法 第30条	介護保険法 第116条、第117条、 第118条
基本的な 指針	厚生労働省 健康局 令和5年4月改正 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 令和5年9月改正 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 保険局 令和5年3月改正 特定健康診査及び特定保健指 導の適切かつ有効な実施を図る ための基本的な指針	厚生労働省 保険局 令和5年7月改正 医療費適正化に関する施策 について基本指針	厚生労働省 医政局 令和5年3月改正 医療提供体制の確保に関する 基本指針	厚生労働省 老健局 令和5年改正予定 介護保険事業に係る保険給 付の円滑な実施を確保するた めの基本的な指針
根拠・期間	法定 令和6~17年(12年) 2024年~2035年	指針 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~11年(6年) 2024~2029年	法定 令和6~8年(3年) 2024~2026年
計画 策定者	都道府県・義務 市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者・義務	都道府県・義務	都道府県・義務	市町村・義務 都道府県・義務
基本的な 考え方	全ての国民が健やかで心豊かに 生活できる持続可能な社会の実 現に向け、誰一人取り残さない健 康づくりの展開とより実効性を持 つ取組の推進を通して、国民の健 康の増進の総合的な推進を図る。	被保険者の健康の保持増進を目的 に、健康・医療情報を活用しPDCA サイクルに沿った効果的かつ効 率的な保健事業の実施を図るための 保健事業実施計画を策定、保健事 業の実施及び評価を行う。	加入者の年齢構成、地域的条 件等の実情を考慮し、特定健康 診査の効率的かつ効果的に実 施するための計画を作成。	持続可能な運営を確保するため、 保険者・医療関係者等の協力を 得ながら、住民の健康保持・医 療の効率的な提供の推進に向 けた取組を進める。	医療機能の分化・連携の推進 を通じ、地域で切れ目のない医 療の提供、良質かつ適切な医 療を効率的に提供する体制を 確保。	地域の実情に応じた介護給 付等サービス提供体制の確保 及び地域支援事業の計画的 な実施を図る。 ・保険者機能強化 ・高齢者の自立支援・ 重度化防止
対象年齢	ライフステージ (乳幼児期、育壮年期、高齢期) ライフコースアプローチ (胎児期から高齢期まで継続的)	被保険者全員 特に高齢者割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期 世代の生活習慣病の改善、小児期から の健康な生活習慣づくりに配慮		すべて	すべて	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40~64歳 特定疾病(※) ※初老期の認知症、早老症、 骨折・骨粗鬆症、 パーキンソン病関連疾患、 神経系疾患
対象疾病	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病合併症 (糖尿病腎症)  循環器病 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 内臓脂肪型肥満  糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症  虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム  糖尿病等 生活習慣病の 重症化予防	5疾病  糖尿病 心筋梗塞等の 心血管疾患 脳卒中	要介護状態となることの 予防 要介護状態の軽減・悪化 防止  生活習慣病  虚血性心疾患 ・心不全 脳血管疾患
	慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 こころの健康(うつ・不安)				がん  精神疾患	認知症 フレイル 口腔機能、低栄養
評価	「健康寿命の延伸」 「健康格差の縮小」  51目標項目 ○個人の行動と健康状態の改善に 関する目標 1生活習慣の改善 2生活習慣病(NCDs)の発症予防・ 重症化予防 3生活機能の維持・向上 ○社会環境の質の向上 1社会とのつながり、心の健康の 維持・向上 2自然に健康になれる環境づくり 3誰もがアクセスできる健康増進の 基盤整備 ○ライフコース 1こども、2高齢者、3女性	①事業全体の目標 中長期目標/短期目標の設定 健康日本21の指標等参考 ②個別保健事業 中長期目標/短期目標の設定 アウトカム評価、アウトプット評価 中心  参考例 全都道府県で設定が望ましい 指標例 <アウトカム> メタボリックシンドローム減少率 HbA1c8.0以上者の割合 <アウトプット> 特定健診実施率	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③メタボリック該当者・ 予備群の減少	(住民の健康の保持推進) ・特定健診実施率 ・特定保健指導実施率 ・メタボ該当者・予備群の減少率 ・生活習慣病等の重症化予防 の推進 ・高齢者の心身機能の低下等 に起因した疾病予防・介護 予防の推進  (医療の効率的な提供の推進) ・後発医薬品 ・バイオ後続品の使用促進 ・医療資源の効果的・効率的 な活用 ・医療・介護の連携を通じた 効果的・効率的なサービス 提供の推進	①5疾病・6事業に関する目標 ②在宅医療連携体制 (地域の状況に応じて設定)  6事業  ①救急医療 ②災害時における医療 ③へき地医療 ④周産期医療 ⑤小児医療 ⑥新興感染症発生・まん延時 の医療	①PDCAサイクルを活用に する保険者 機能強化に向けた体制等 (地域介護保険事業)  ②自立支援・重度化防止等 (在宅医療・介護連携、 ・介護予防、日常生活支援 関連)  ③介護保険運営の安定化 (介護給付の適正化、 人材の確保)
補助金等		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援 保険者努力支援制度(事業費・事業費運動分)交付金		保険者協議会(事務局:県、国保連合会)を通じて、 保険者との連携		地域支援事業交付金 介護保険保険者努力支援交付金 保険者機能強化推進交付金

図表 2 特定健診・特定保健指導と国民健康づくり運動

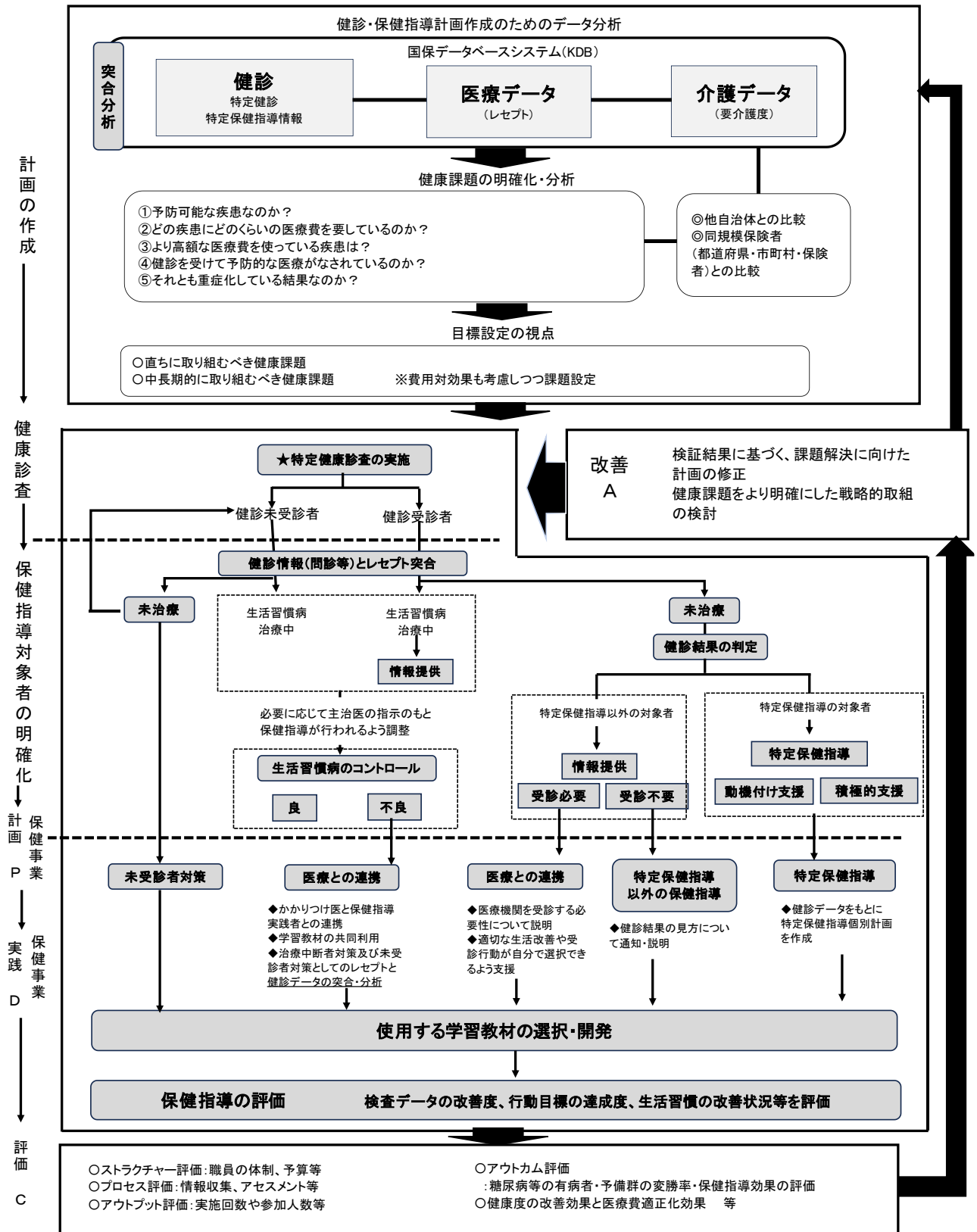


注)プログラムにおいては、保健指導により発症や重症化を予防でき、保健指導の成果を健診データ等の客観的標を用いて評価できるものを主な対象としている。データ分析を行い解決すべき課題や取組みが明確となり、分析に基づく取組みを実施していくことは、健康寿命の延伸ひいては社会保障制度を持続可能なものとするにつながる。

図表 3 保健事業(健診・保健指導)のPDCA サイクル



図表 4 生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(一部改変)



標準的な健診・保健指導プログラム[R6年度版]、厚生労働省様式5-5参考

注)生活習慣病予防のための標準的な健診・保健指導計画の流れ(イメージ)を具体的な実践の流れでまとめたもの。

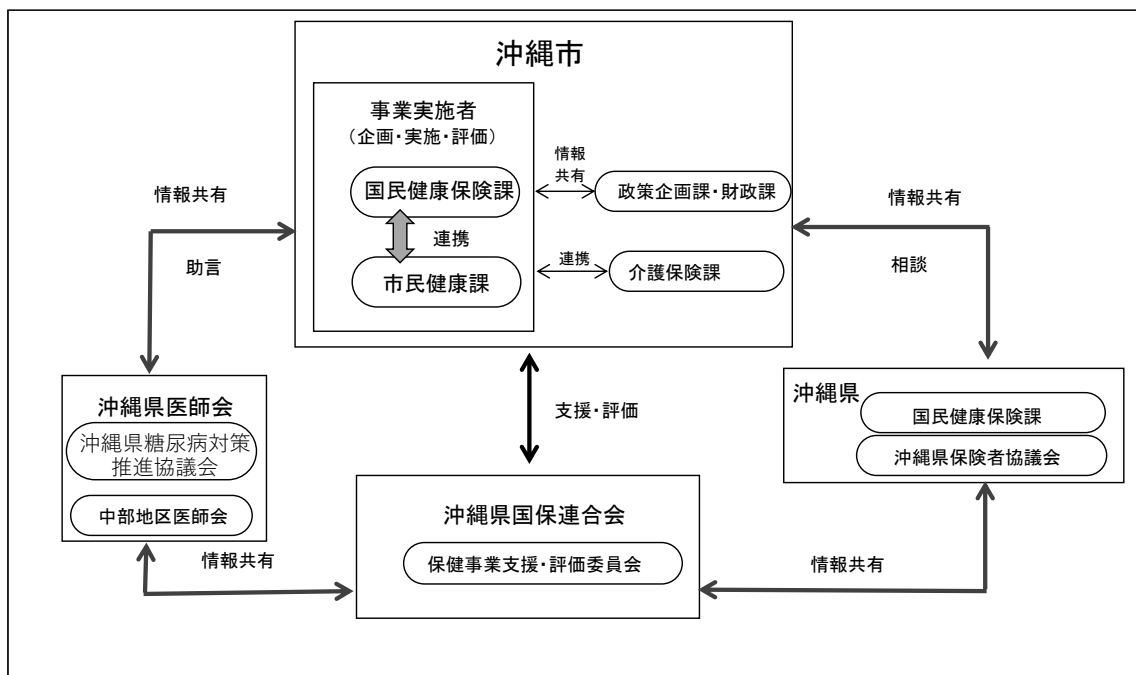




具体的には、高齢者医療部局（後期高齢者医療保険担当）、保健衛生部局（市民健康課）、介護保険部局（介護保険課）とも十分連携を図ることとします。

さらに、計画期間を通じて PDCA サイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務をマニュアル化する等により、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等の体制を整えます。（図表 6・7）

図表 6 沖縄市の実施体制図



## 2) 関係機関との連携

計画の実効性を高めるためには、計画の策定等において、関係機関との連携・協力が重要となる。

計画の策定等を進めるに当たっては、共同保険者である沖縄県のほか、国保連や国保連に設置される保健事業支援・評価委員会、沖縄県医師会等、保険者協議会、後期高齢者医療広域連合、健康保険組合等の他の医療保険者、地域の医療機関等の社会資源等と連携、協力する。

市町村国保は、退職や転職等に伴う被用者保険からの加入者が多いことを踏まえ、保険者協議会等を活用して、市町村国保と被用者保険の保険者との間で、健康・医療情報の分析結果、健康課題、保険者事業の実施状況等を共有したり、保険者間で連携して保健事業を展開したりすることに努める。

## 3) 被保険者の役割

本計画の最終的な目的は、被保険者の健康の保持増進にあることから、その実効性を高める上で、被保険者自身が健康の保持増進が大切であることを理解して、主体的かつ積極的に取り組むことが重要です。

## 5. 保険者努力支援制度

国民健康保険の保険者努力支援制度は、保険者における医療費適正化に向けた取組等に対する支援を行うため、保険者の取組状況に応じて交付金を交付する制度として平成30年度より本格的に実施されています。(図表7)

令和2年度からは、予防・健康づくり事業の「事業費」に連動して配分する部分と合わせて交付することにより、保険者における予防・健康づくり事業の取組みを後押しする(事業費分・事業費連動分)保険者努力支援制度(事業費分)では、計画に基づく保健事業の実施及び計画策定に係る費用の一部に対して助成しており、また都道府県は、交付金(事業費連動分)を保険給付費に充当することができ、結果として被保険者の保険料負担の軽減及び国保財政の安定化に寄与することにもつながるため、今後も本制度等の積極的かつ効果的・効率的な活用が期待されています。

図表7 保険者努力支援制度評価指標(市町村分)

評価指標		令和3年度得点		令和4年度得点		令和5年度得点			
		沖縄市	配点	沖縄市	配点	沖縄市	配点		
交付額(万円)		7,123		7,708		8,084			
全国順位(1,741市町村中)		733位		361位		269位			
共通の指標	①	(1)特定健康診査受診率	70		70		70		
		(2)特定保健指導実施率	20	70	70	85	70		
		(3)メタリックシンドローム該当者・予備群の減少率		50		50		50	
	②	(1)がん検診受診率等	25	40	30	40	35	40	
		(2)歯科健診受診率等		30		30		35	
	③	発症予防・重症化予防の取組	90	120	120	120	100	100	
	④	(1)個人へのインセンティブ提供	90	90	60	45	65	45	
		(2)個人への分かりやすい情報提供		20		15		20	
	⑤	重複・多剤投与者に対する取組	40	50	35	50	45	50	
	⑥	(1)後発医薬品の促進の取組 (2)後発医薬品の使用割合	130	130	130	130	100	130	
	固有の指標	①	保険料(税)収納率	5	100	30	100	30	100
		②	データヘルス計画の実施状況	40	40	30	30	20	25
③		医療費通知の取組	25	25	20	20	15	15	
④		地域包括ケア・一体的実施	20	30	20	40	40	40	
⑤		第三者求償の取組	20	40	33	50	50	50	
⑥		適正かつ健全な事業運営の実施状況	76	95	77	100	78	100	
合計点		581	1,000	655	960	663	940		

## 第2章 第2期計画にかかる考察及び第3期計画における健康課題の明確化

### 1. 保険者の特性

本市は、人口約 14 万人で、高齢化率は令和 2 年度国勢調査で 20.9%でした。同規模、県、国と比較すると高齢者の割合は低く、被保険者の平均年齢も 44.5 歳と同規模と比べて若く、出生率も高い市となっています。産業においては、第 3 次産業が 82.1%と同規模と比較しても高く、サービス業の割合が多く、被保険者の生活習慣及び生活のリズムが不規則である可能性が高いため、若い年代の健康課題を明確にすることが重要です。(図表 8)

国保加入率は 28.6%で、加入率及び被保険者数は年々減少傾向で、年齢構成については平成 30 年度と比較して 39 歳以下が 2.3%減少し、65～74 歳が 3.7%増加しています。(図表 9)

また本市内には 9 つの病院、77 の診療所があるが、同規模と比較して、全ての項目において、少ない傾向にあります。(図表 10)

図表 8 同規模・県・国と比較した沖縄市の特性

	人口 (人)	高齢化率 (%)	被保険者数 (加入率)	被保険者 平均年齢 (歳)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	財政 指数	第1次 産業	第2次 産業	第3次 産業
沖縄市	138,356	20.9	39,585 (28.6)	44.5	10.8	8.2	0.6	1.3	16.6	82.1
同規模	--	29.1	20.4	53.8	6.7	11.0	0.8	3.3	26.7	70.0
県	--	22.6	27	46.9	10.4	8.6	0.4	4.9	15.1	80.0
国	--	28.7	22.3	51.9	6.8	11.1	0.5	4.0	25.0	71.0

※同規模とは、KDBシステムに定義されている「人口が同規模程度の保険者」を指し、沖縄市と同規模保険者(103市町村)の平均値を表す  
出典・参照：KDBシステム改変\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 9 国保の加入状況

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
被保険者数	42,280		41,817		40,999		40,403		39,585	
65～74歳	9,457	22.4	9,785	23.4	10,273	25.1	10,561	26.1	10,343	26.1
40～64歳	15,392	36.4	15,074	36.0	14,610	35.6	14,204	35.2	13,849	35.0
39歳以下	17,431	41.2	16,958	40.6	16,116	39.3	15,638	38.7	15,393	38.9
加入率	30.5		30.2		29.6		29.2		28.6	

出典・参照：KDBシステム改変 地域の全体像の把握

図表 10 医療の状況(被保険者千人あたり)

	H30年度		R01年度		R02年度		R03年度		R04年度		参考(R04)	
	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	同規模 割合	県 割合
病院数	9	0.2	9	0.2	9	0.2	9	0.2	9	0.2	0.3	0.2
診療所数	74	1.8	76	1.8	78	1.9	78	1.9	77	1.9	3.7	2.3
病床数	1,647	39.0	1,666	39.8	1,666	40.6	1,666	41.2	1,666	42.1	62.0	47.9
医師数	313	7.4	313	7.5	368	9.0	368	9.1	382	9.7	11.5	10.0
外来患者数	466.5		478.6		434.6		473.5		494.1		707.3	
入院患者数	17.2		17.2		16.6		17.0		16.8		19.1	

出典・参照：KDBシステム改変 地域の全体像の把握

## 2. 第2期計画にかかる評価及び考察

### 1) 第2期データヘルス計画の評価

第2期計画において、目標の設定を以下の2つに分類しました。

1つ目は中長期的な目標として、計画最終年度までの目標を設定し、具体的には、社会保障費(医療費・介護費)の変化及び脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症(人工透析)を設定しました。

2つ目は短期的な目標として、年度ごとに中長期的な目標を達成するために必要な目標疾患として、メタボリックシンドローム、高血圧、糖尿病、脂質異常症を設定しました。(P4.図表2参照)

#### (1) 中長期的な疾患(脳血管疾患、虚血性心疾患、人工透析)の達成状況

##### ① 介護給付費の状況

本市の第1号認定者数(65歳以上)は、平成30年度から年々増加していますが、認定率は横ばいで、県と同程度で、国よりも低い認定率となっています。(図表11)

本市の第2号認定者(40~64歳)は229人(認定率0.50%)、同規模・県・国と比較し2号認定者の割合が多くなっています。(図表11)

介護給付費で見ると、総給付費がH30年度約83億円からR04年度約90億円に伸びており、1件あたり給付費では、施設サービスが県や国より高い状況です。(図表12)

また要介護認定状況と生活習慣病の関連として、血管疾患の視点で有病状況を見ると、どの年代でも脳血管疾患(脳卒中)が上位を占めており、第2号被保険者で6割以上、第1号被保険者でも約5割の有病状況となっています。基礎疾患である高血圧・糖尿病等の有病状況は、全年齢で約9割と非常に高い割合となっており、生活習慣病対策は介護給付費適正化においても重要な位置づけであると言えます。(図表13)

図表11 要介護認定者(率)の状況

第1号認定者数・率		平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	
認定者数	沖縄市	4,975	5,150	5,270	5,520	5,564	
認定率	沖縄市	17.4%	17.6%	17.6%	18.0%	17.9%	
	構成比	前期高齢者	4.7	4.9	5.0	5.4	5.5
		後期高齢者	30.5	31.1	31.8	33.1	32.2
	県	18.0%	17.8%	17.8%	17.9%	17.8%	
	国	18.3%	18.5%	18.6%	18.8%	19.1%	

出典・参照: 第8次沖縄市高齢者がんじゅう計画

	沖縄市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
2号認定者	189人	0.41%	229人	0.50%	0.38%
新規認定者	35人		54人	--	--

出典・参照: KDBシステム改変\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 12 介護給付費の変化

	沖縄市		同規模	県	国
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総給付費	83億2,964万円	90億7,676万円	--	--	--
一人あたり給付費(円)	334,081	314,575	275,832	324,737	290,668
1件あたり給付費(円)全体	65,700	65,690	60,207	69,211	59,662
居宅サービス	52,471	52,654	41,618	51,518	41,272
施設サービス	289,035	303,880	295,426	301,929	296,364

出典・参照:KDBシステム改変\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 13 血管疾患の視点でみた要介護者の有病状況(R04 年度)

受給者区分		2号		1号				合計				
年齢		40～64歳		65～74歳		75歳以上		計				
介護件数(全体)		229		916		4,701		5,617				
再)国保・後期		103		488		3,702		4,190				
有病状況 (レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合		
	循環器疾患	1	脳卒中	68 66.0%	脳卒中	240 49.2%	脳卒中	1,779 48.1%	脳卒中	2,019 48.2%	脳卒中	2,087 48.6%
		2	虚血性心疾患	24 23.3%	虚血性心疾患	123 25.2%	虚血性心疾患	1,233 33.3%	虚血性心疾患	1,356 32.4%	虚血性心疾患	1,380 32.1%
		3	腎不全	24 23.3%	腎不全	82 16.8%	腎不全	912 24.6%	腎不全	994 23.7%	腎不全	1,018 23.7%
		4	糖尿病合併症	21 20.4%	糖尿病合併症	89 18.2%	糖尿病合併症	553 14.9%	糖尿病合併症	642 15.3%	糖尿病合併症	663 15.4%
	基礎疾患 (高血圧・糖尿病・脂質異常症)			95 92.2%	基礎疾患	429 87.9%	基礎疾患	3,470 93.7%	基礎疾患	3,899 93.1%	基礎疾患	3,994 93.0%
	血管疾患合計			98 95.1%	合計	446 91.4%	合計	3,532 95.4%	合計	3,978 94.9%	合計	4,076 94.9%
	認知症			23 22.3%	認知症	114 23.4%	認知症	1,694 45.8%	認知症	1,808 43.2%	認知症	1,831 42.7%
	筋・骨格疾患			88 85.4%	筋骨格系	443 90.8%	筋骨格系	3,574 96.5%	筋骨格系	4,017 95.9%	筋骨格系	4,105 95.6%

※新規認定者についてはNO.49\_要介護突合状況の「開始年月日」を参照し、年度累計を計上

出典・参照:KDBシステム改変

## ② 医療費の状況

本市の医療費は、国保加入者が減少しているにもかかわらず総医療費は増加しており、一人あたり医療費は、H30 年度と比較しても 4 万円高くなっています。(図表 14)

また入院医療費は、全体のレセプトのわずか 3%程度にも関わらず、医療費全体の約 46%を占めており、1 件あたりの入院医療費も H30 年度と比較して 11 万円も高くなっています。(図表 14)

図表 15 の医療費の地域差を表す指標の地域差指数で見ると、全国と比べて外来の医療費が少なく入院の医療費が多くなっており、特に後期高齢者医療の入院が全国で 5 位の沖縄県を上回っている状況です。

一人あたり医療費の地域差は、入院が主要因であり、入院を抑制し重症化を防ぐには、予防可能な生活習慣病の重症化予防が重要であり、引き続き重症化予防の取組に力を入れる必要があります。

図表 14 医療費の推移

	沖縄市		同規模	県	国	
	H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度	
被保険者数(人)	42,280人	39,585人	--	--	--	
前期高齢者割合	9,457人 (22.4%)	10,343人 (26.1%)	--	--	--	
総医療費	106億0543万円	116億2681万円	--	--	--	
一人あたり医療費(円)	250,838 県内36位 同規模102位	↑293,718 県内30位 同規模102位	359,130	318,310	339,680	
入院	1件あたり費用額(円)	544,850	↑661,570	616,530	634,340	617,950
	費用の割合	45.4	45.9	40.6	46.4	39.6
	件数の割合	3.6	3.3	2.6	3.4	2.5
外来	1件あたり費用額	24,140	26,440	24,420	25,820	24,220
	費用の割合	54.6	54.1	59.4	53.6	60.4
	件数の割合	96.4	96.7	97.4	96.6	97.5
受診率	483.644	510.863	726.377	560.174	705.439	

※同規模被保険者数: 103

出典・参照: KDB システム改変\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

※受診率: 一人あたり件数のことで、医療保険制度に加入している者が一定期間にどの位の頻度で医療機関を受診したかを示す指標。

診療件数(レセプト枚数)を被保険者数で除したのもの。

図表 15 一人あたり(年齢調整後)地域差指数の推移

年度	国民健康保険			後期高齢者医療			
	沖縄市 (県内市町村中)		県 (47県中)	沖縄市 (県内市町村中)		県 (47県中)	
	H30年度	R2年度	R2年度	H30年度	R2年度	R2年度	
地域差指数・順位	全体	0.956	0.983	1.070	1.109	1.088	1.092
		(33位)	(28位)	(14位)	(15位)	(15位)	(14位)
	入院	1.078	1.121	1.259	1.320	1.313	1.286
		(35位)	(29位)	(10位)	(22位)	(14位)	(5位)
	外来	0.883	0.900	0.965	0.905	0.866	0.910
		(25位)	(23位)	(40位)	(13位)	(14位)	(43位)

出典・参照: 厚労省「地域差分析」

### ③ 中長期目標疾患の医療費の変化

中長期目標疾患の医療費は平成 30 年度と比べると増えており、脳・心・腎で見ると、慢性腎不全(透析有)が 4.37%で最も多い割合となっています。(図表 16)

次に治療者数の視点で中長期目標疾患の治療状況を見ると、人工透析は H30 年度時点で、40~64 歳の治療者が多かったが、R4 年度は 65~74 歳の治療者が多くなっています。(図表 17)

図表 16 中長期目標疾患の医療費の推移

			沖縄市		同規模	県	国
			H30年度	R04年度	R04年度	R04年度	R04年度
総医療費(円)			106億0543万円	116億2681万円	--	--	--
中長期目標疾患 医療費合計(円)			9億8505万円	10億2339万円	--	--	--
			9.29%	8.80%	8.40%	10.08%	8.03%
中長期 目標 疾患	脳	脳梗塞・脳出血	1.85%	2.22%	2.11%	2.40%	2.03%
	心	狭心症・心筋梗塞	1.60%	1.98%	1.50%	1.61%	1.45%
	腎	慢性腎不全(透析有)	5.60%	4.37%	4.49%	5.80%	4.26%
		慢性腎不全(透析無)	0.23%	0.24%	0.29%	0.27%	0.29%
そ 疾 の 患 他 の	悪性新生物		10.95%	12.03%	16.76%	12.57%	16.69%
	筋・骨疾患		7.52%	7.22%	8.52%	7.73%	8.68%
	精神疾患		12.93%	10.24%	8.12%	10.14%	7.63%

出典・参照:KDB システム改変\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

注)最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

(最大医療資源傷病名とは、レセプトに記載された傷病名のうち、最も医療費を要した傷病名)

注)KDB システムでは糖尿病性腎症での医療費額が算出できないため、慢性腎不全(透析有無)を計上。

図表 17 中長期目標疾患の治療状況

年齢区分		被保険者数		中長期目標の疾患							
				疾患別	脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		
					H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
治療者(人) 0~74歳	A	42,280	39,585	a	2,486	2,575	1,496	1,449	172	160	
				a/A	5.9%	6.5%	3.5%	3.7%	0.4%	0.4%	
40歳以上	B	24,849	24,192	b	2,442	2,530	1,468	1,415	172	153	
	B/A	58.8%	61.1%	b/B	9.8%	10.5%	5.9%	5.8%	0.7%	0.6%	
再 掲	40~64歳	D	15,392	13,849	d	852	841	509	462	105	70
		D/A	36.4%	35.0%	d/D	5.5%	6.1%	3.3%	3.3%	0.7%	0.5%
	65~74歳	C	9,457	10,343	c	1,590	1,689	959	953	67	83
		C/A	22.4%	26.1%	c/C	16.8%	16.3%	10.1%	9.2%	0.7%	0.8%

出典・参照:KDB システム改変\_疾病管理一覧(脳卒中・虚血性心疾患)、地域の全体像の把握  
被保険者構成、介入支援対象者一覧(栄養・重症化予防等)

## (2)短期的な目標疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の達成状況

### ①短期的な目標疾患の患者数と合併症の状況

短期目標でもある高血圧・糖尿病・脂質異常症の治療状況を見ると、治療者の割合は若干増えて  
います。合併症(重症化)でみると、糖尿病性腎症の割合が、平成 30 年度と比較し 5.3%増加していま  
す。(図表 19)



図表 18 高血圧症治療者の経年変化

高血圧症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
高血圧症治療者(人)		A	8,608	8,897	3,655	3,409	4,953	5,488
		A/被保数	34.6%	36.8%	23.7%	24.6%	52.4%	53.1%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	1,087	1,035	359	310	728	725
		B/A	12.6%	11.6%	9.8%	9.1%	14.7%	13.2%
	虚血性心疾患	C	1,108	1,056	356	314	752	742
		C/A	12.9%	11.9%	9.7%	9.2%	15.2%	13.5%
	人工透析	D	165	142	100	64	65	78
		D/A	1.9%	1.6%	2.7%	1.9%	1.3%	1.4%

出典・参照:KDB システム改変 疾病管理一覽(高血圧症)、地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

図表 19 糖尿病治療者の経年変化

糖尿病 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
糖尿病治療者(人)		A	4,352	4,273	1,809	1,596	2,543	2,677
		A/被保数	17.5%	17.7%	11.8%	11.5%	26.9%	25.9%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	551	468	152	127	399	341
		B/A	12.7%	11.0%	8.4%	8.0%	15.7%	12.7%
	虚血性心疾患	C	640	607	191	172	449	435
		C/A	14.7%	14.2%	10.6%	10.8%	17.7%	16.2%
	人工透析	D	100	87	59	34	41	53
		D/A	2.3%	2.0%	3.3%	2.1%	1.6%	2.0%
糖尿病合併症	糖尿病性腎症	E	748	960	283	328	465	632
		E/A	17.2%	22.5%	15.6%	20.6%	18.3%	23.6%
	糖尿病性網膜症	F	748	804	263	251	485	553
		F/A	17.2%	18.8%	14.5%	15.7%	19.1%	20.7%
	糖尿病性神経障害	G	176	140	67	52	109	88
		G/A	4.0%	3.3%	3.7%	3.3%	4.3%	3.3%

出典・参照:KDB システム改変 疾病管理一覽(糖尿病)、地域の全体像の把握  
介入支援対象者一覽(栄養・重症化予防等)

図表 20 脂質異常症治療者の経年変化

脂質異常症 (疾病管理一覽)		40歳以上		再掲				
				40～64歳		65～74歳		
		H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	H30年度	R04年度	
脂質異常症治療者(人)		A	7,420	7,592	3,199	2,946	4,221	4,646
		A/被保数	29.9%	31.4%	20.8%	21.3%	44.6%	44.9%
(中長期目標疾患) 合併症	脳血管疾患	B	870	836	247	236	623	600
		B/A	11.7%	11.0%	7.7%	8.0%	14.8%	12.9%
	虚血性心疾患	C	1,023	1,031	328	311	695	720
		C/A	13.8%	13.6%	10.3%	10.6%	16.5%	15.5%
	人工透析	D	91	93	51	42	40	51
		D/A	1.2%	1.2%	1.6%	1.4%	0.9%	1.1%

## ② II 度高血圧・HbA1c7.0 以上の者の状況

健診結果から、II 度高血圧・HbA1c7.0 以上の有所見者の割合が県と比較すると多くなっています。問診で未治療と回答した者について健診後、医療機関未受診者が、高血圧で 33.9%、糖尿病で 6.9%います。(図表 21)

基礎疾患(高血圧・糖尿病・脂質異常症)の合併症の割合はほぼ横ばいです。生活習慣病は自覚症状がほとんどないまま進行するため、新型コロナウイルス感染症の影響で低迷している健診受診率の向上を図りつつ、今後も要医療域の方には受診勧奨を徹底し、重症化を予防することが重要であると考えます。

図表 21 II 度高血圧・HbA1c7.0 以上の者の状況

	健診受診率		高血圧											
			結果の改善 II 度高血圧の推移						医療のかかり方					
	H30年度	R03年度	H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	受診者 A	受診者 B			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
	C	C/A	D	D/C	E	E/B	F	F/E	G	G/E	H	H/E		
沖縄市	8,248	6,809	643	7.8	405	63.0	505	7.4	292	57.8	171	33.9	27	5.3
沖縄県	96,845	80,454	5,660	5.8	3,211	56.7	5,264	6.5	2,871	54.5	1,746	33.2	304	5.8

	健診受診率		糖尿病											
			結果の改善 HbA1c7.0%以上の推移						医療のかかり方					
	H30年度	R03年度	H30年度		問診結果		R03年度		問診結果		レセプト情報 (R03.4~R04.3)			
	HbA1c 実施者 A	HbA1c 実施者 B			未治療 (内服なし)				未治療 (内服なし)		未治療		治療中断	
	I	I/実施者A	J	J/I	K	K/実施者B	L	L/K	M	M/K	N	N/K		
沖縄市	8,129	6,809	481	5.9	105	21.8	418	6.1	93	22.2	29	6.9	21	5.0
沖縄県	95,731	80,349	5,422	5.7	1,356	25.0	4,847	6.0	1,120	23.1	357	7.4	190	3.9

①未治療・・・12ヵ月間、全く高血圧(または糖尿病)のレセプトがない者

②中断・・・高血圧(または糖尿病)のレセプトがある者のうち、直近(年度末の3月を基点として)3ヵ月以上レセプトがない者

出典・参照：KDB システム改変、特定健診等データ管理システム

## ③健診結果の経年変化

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加え、心疾患や脳血管疾患などの循環器疾患を発症させる危険因子が軽度であっても重複した病態を指し、その危険因子を複数保有していると、循環器疾患の死亡率や発症率が高くなることがわかっています。本市の特定健診結果において、H30年度とR04年度を比較したところ、メタボリックシンドロームの該当者は増加しており、その中で2項目の危険因子が重なっている割合が増加しています。(図表 22)

また重症化予防の観点から、有所見割合を見ると、HbA1c6.5 以上、II 度高血圧以上は横ばい、LDL-C160 以上が増加しているものの、翌年度健診結果を見ると、3項目とも改善率が上がっています。一方で、翌年度健診を受診していない方がいずれも3~4割程度存在し、結果が把握できていません。今後も結果の改善につながる保健指導を実施するよう努めると共に、重症化予防対象者から

継続受診を勧める働きかけを行っていきます。(図表 23・24・25)

図表 22 メタボリックシンドロームの経年変化

年度	健診受診者 (受診率)	該当者	3項目		予備群
			3項目	2項目	
H30年度	8,250 (32.7%)	1,829 (22.2%)	607 (7.4%)	1,222 (14.8%)	1,146 (13.9%)
R04年度	7,133 (30.0%)	↑ 1,702 (23.9%)	562 (7.9%)	↑ 1,140 (16.0%)	996 (14.0%)

出典・参照: 特定健診等  
データ管理システム

図表 23 HbA1c6.5 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	HbA1c 6.5%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30受診者で R01受診した者	852 (10.5%)	136 (16.0%)	312 (36.6%)	126 (14.8%)	278 (32.6%)
R03受診者で R04受診した者	704 (10.4%)	↑ 125 (17.8%)	229 (32.4%)	77 (10.9%)	273 (38.8%)

出典・参照: 特定健診等  
データ管理システム

図表 24 II 度高血圧以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	II 度高血圧 以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30受診者で R01受診した者	643 (7.8%)	249 (38.7%)	142 (22.1%)	33 (5.1%)	219 (34.1%)
R03受診者で R04受診した者	503 (7.1%)	↑ 216 (42.9%)	64 (12.7%)	17 (3.4%)	206 (41.0%)

出典・参照: 特定健診等  
データ管理システム

図表 25 LDL160 以上者の前年度からの変化(継続受診者)

年度	LDL-C 160%以上	翌年度健診結果			健診未受診者
		改善率	変化なし	悪化	
H30受診者で R01受診した者	1,060 (12.9%)	342 (32.3%)	276 (26.0%)	98 (9.2%)	344 (32.5%)
R03受診者で R04受診した者	1,104 (15.5%)	↑ 402 (36.4%)	250 (22.6%)	59 (5.3%)	393 (35.6%)

出典・参照: 特定健診等  
データ管理システム

#### ④健診受診率及び保健指導実施率の推移

本市の特定健診受診率は、令和元年度には 35.9%まで伸びましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、R02 年度以降は受診率が低迷しており、第 3 期特定健診等実施計画の目標は達成できていません。(図表 26)

またこれまで早期からの生活習慣病対策を目的に 40 歳未満の若年者向けの健診も実施してきましたが、特定健診の年代別の受診率では、40~50 代は特に低い状況が続いています。(図表 27)

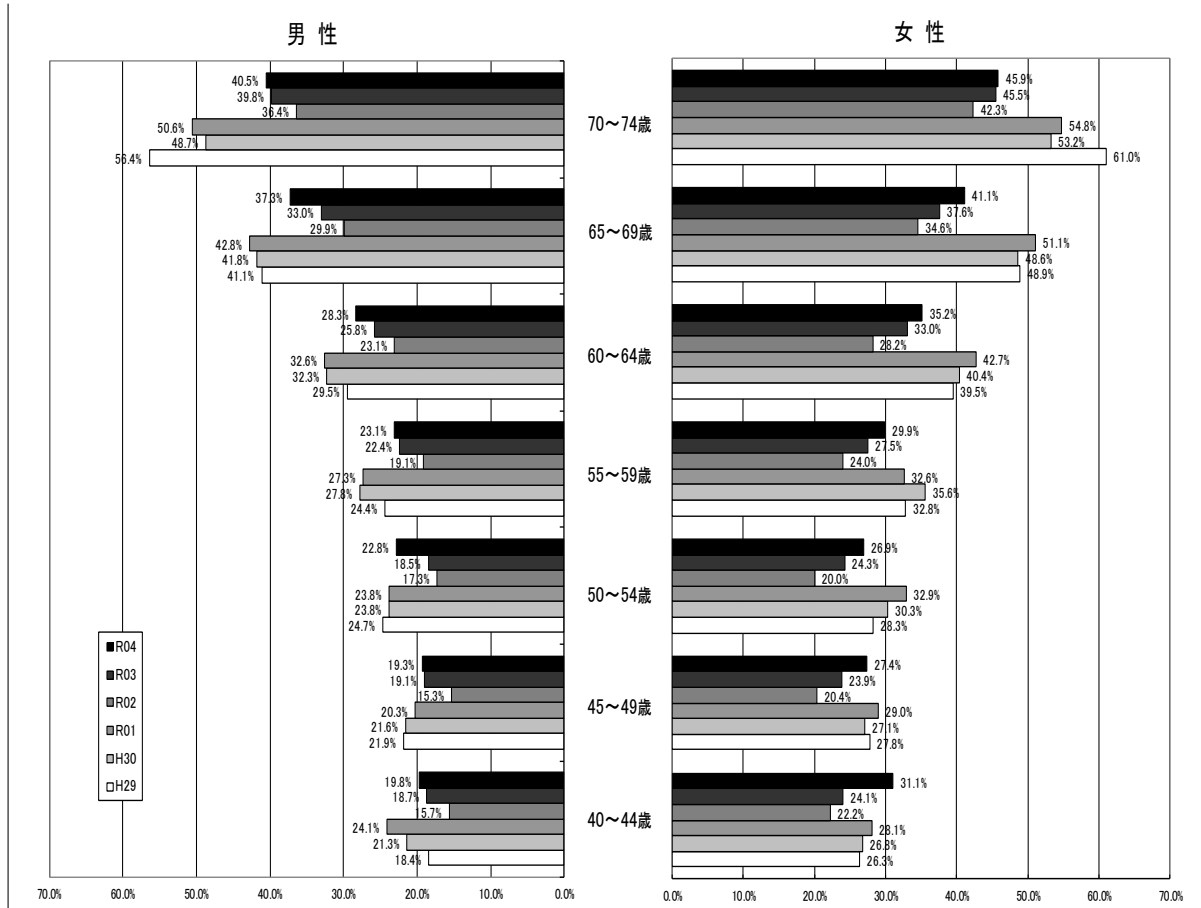
特定保健指導については、R02 年度に 62.0%と目標達成したが R03 年度、R04 年度は目標の 60%に届きませんでした。

図表 26 特定健診・特定保健指導の推移

		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	R05年度 目標値
特定健診	受診者数	7,880	7,964	5,837	6,406	6,661	健診受診率 60%
	受診率	34.8%	35.9%	26.0%	28.9%	31.0%	
特定保健 指導	該当者数	1,373	1,420	978	1,066	1,044	特定保健指 導実施率 60%
	割合	17.4%	17.8%	16.8%	16.6%	15.7%	
	実施者数	633	751	606	635	593	
	実施率	46.1%	52.9%	62.0%	59.6%	56.8%	

出典・参照：特定健診法定報告データ

図表 27 年代別特定健診受診率の推移



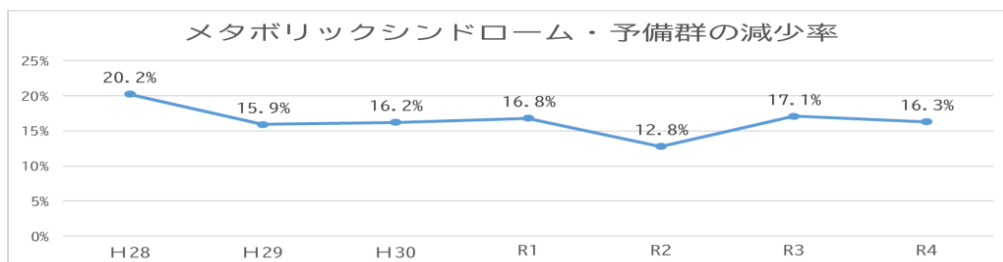
出典・参照：特定健診等データ管理システム

⑤特定保健指導の評価

特定保健指導の評価項目となる、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は、平成 29 年度から横ばいではありますが、特定保健指導対象者の、指導を受ける前後での腹囲と体重の変化を R1 年度から R4 年度の平均で見ると、県や国より減少しています。(図表 28・29) 今後も、保健指導の質を確

保しつつ、保健指導実施率向上を目指す必要があります。

図表 28



出典：保険者データヘルス支援システム

図表 29 特定保健指導前後での変化(腹囲cm、体重kg)

積極的支援	R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		差の平均	
	腹囲	体重	腹囲	体重	腹囲	体重	腹囲	体重	腹囲	体重
沖縄市	-1.4	0.1	-1.7	-1.5	-0.3	-1.2	-3.1	-4.8	-1.63	-1.85
県	-0.6	-0.2	-0.8	-0.5	-1.1	-0.9	-1.1	-1.1	-0.9	-0.68
国	-0.7	-0.5	-0.9	-0.7	-0.7	-0.7	-0.8	-0.8	-0.77	-0.67
動機づけ支援	R1年度		R2年度		R3年度		R4年度		差の平均	
	腹囲	体重	腹囲	腹囲	体重	体重	腹囲	体重	腹囲	体重
沖縄市	-1.2	-0.6	-1	-0.6	-0.4	-0.4	-0.7	-0.6	-0.88	-0.5
県	-0.5	0.2	-0.4	-0.6	-0.1	-0.2	-0.6	-0.3	-0.53	-0.1
国	-0.4	-0.1	-0.4	-0.6	-0.4	-0.3	-0.5	-0.3	-0.48	-0.27

出典：KDB 帳票 No51

## 2) 第2期データヘルス計画にかかる考察

### (1) 第2期計画目標の達成状況

第2期データヘルス計画目標管理一覧(図表 30)をみると、中長期目標疾患の総医療費に占める割合が、慢性腎不全で減少していますが、脳血管疾患においては目標の2.0%以下に達成できませんでした。脳血管疾患は、介護保険の2号認定者の有病疾患で6割を占めており、医療費、介護費ともに費用がかかります。また、患者本人や家族に長期にわたって日常生活に大きな負担を強いる疾患であるため、その原因となる高血圧、糖尿病等の生活習慣の発症予防及び重症化予防の対策が重要であると考えます。

健診有所見者の状況では、メタボリックシンドロームの該当者が約24%おり、男女別でみると男性は女性の約2倍です。男女とも年代が上がるとともに該当者割合が増え、有所見の数も増えます。予防可能な段階で介入を行うために、健診未受診者対策、要精査者への受診勧奨及び必要に応じた保健指導の強化が非常に重要となります。

がん検診受診率は、特定健診と同様に新型コロナウイルス感染症の流行時期に受診控え等の理由で受診率が低下し、R4年度においても流行前の受診率には戻っていない状況です。自己の健康に関心を持つ住民を増やすために、健康ポイントに取り組んでおりますが、中間評価時より少なくなっております。がんの早期発見・早期治療、及び自己の健康に関心を持つ住民を増やす項目については、第3次ヘルシーおきなわシティ21の計画策定に合わせて検討していきます。

後発医薬品の使用割合は、H29年度より13.6%伸びており全国でも高い水準となっています。

図表30 第2期データヘルス計画目標管理一覧

関連計画・制度等	目標	評価指標	達成すべき目的	課題を解決するための目標 【中間評価で修正後】		目標達成		現状値の把握方法	
				評価年度	初期値	中間評価値	最終評価値		
データヘルス計画	中長期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する (平成28年度との比較)	脳血管疾患の総医療費に占める割合 2.0%に抑える	H29 (H28)	2.0%	2.4%	2.2%	KDBシステム 脳、心は医療従事者3・5 腎は様式3・7
				虚血性心疾患の総医療費に占める割合 2.0%に抑える	2016年 (R1)	2.1%	1.6%	2.0%	
	短期目標	アウトカム指標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の該当者を減らす	慢性腎不全（透析有）の総医療費に占める割合 8.0%に抑える	2019年 (R1)	8.9%	5.6%	4.5%	沖縄市データヘルス計画、ヘルシーおきなわシステム21
				メタボリックシンドローム・予備群の減少率 20%	H29 (H28)	20.2%	16.8%	16.3%	
				健診受診者の高血圧の割合減少(160/100以上を6.5%に抑制)	2019年 (R1)	4.4%	8.5%	7.3%	
				健診受診者の脂質異常者の割合減少 (LDL160以上を12.0%に抑制)	2016年 (R1)	12.0%	14.9%	14.3%	
				健診受診者の糖尿病有病者の割合減少(HbA1c6.5以上を10.5%に抑制)	2019年 (R1)	9.6%	11.6%	11.1%	
				糖代謝判定（要精査者）のうち、医療受診をした者の割合 60%	2016年 (R1)	52.1%	67.5%	68.0%	
				HbA1c8.0以上の通院者または中断者に対する保健指導（受診勧奨）を実施した割合 90%	2019年 (R1)	84.6%	85.1%	91.2%	
				【中間評価から追加】健診受診者のHbA1c8.0%以上の未治療者の割合減少 ※H28-H30は、実績を参考値として記載。	2016年 (R1)	0.5%	0.70%	0.55%	
保険者努力支援制度	短期目標	アウトプット指標	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率 39.5%以上	H29 (H28)	36.7%	35.9%	31.0%	特定健診等データ管理システム（法定報告値）  地域保健事業報告
				特定保健指導実施率 60%以上	2019年 (R1)	54.9%	52.9%	56.8%	
				特定保健指導対象者の減少率 20%	2016年 (R1)	15.8%	13.1%	15.1%	
				がん検診受診率 胃がん検診 16%以上	2019年 (R1)	7.4%	11.7%	8.7%	
				肺がん検診 16%以上	2016年 (R1)	9.9%	11.2%	8.7%	
				大腸がん検診 16%以上	2019年 (R1)	7.4%	8.4%	8.0%	
				子宮頸がん検診 16%以上	2016年 (R1)	10.8%	10.2%	10.2%	
				乳がん検診 16%以上	2019年 (R1)	12.1%	11.9%	10.4%	
				【中間評価から追加】5つのがん検診の平均受診率の増加	2016年 (R1)	10.4%	10.7%	9.2%	
				後発医薬品の使用割合 87.2%削減	後発医薬品の使用により、医療費の削減	アウトプット指標	歯科健診（歯周病健診）の実施	H29 (H28)	
【中間評価から追加】健康ポイントに取組む割合増加(30～50代)	2019年 (R1)	79.1%	79.1%				63.1%		
				後発医薬品の使用割合 87.2%	2016年 (R1)	72.8%	84.4%	86.4%	厚生労働省HP 9月公表データ

### 3) 主な個別事業の評価と課題

#### (1) 重症化予防の取組み

##### 1. 糖尿病性腎症重症化予防及び慢性腎臓病(CKD)対策

『沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラム』及び『うるま市・沖縄市 CKD・糖尿病性腎臓病病診連携登録医事業(ちゅらまーみ(腎)プロジェクト)』を参考に、本市の健診受診者の中から、下記の該当者に受診勧奨及び保健指導を実施した。

※下記( )は、いずれかの条件に当てはまる者を該当者とする。

- 糖代謝判定が要精査(以下 E 判定)の者
  - 糖代謝判定が治療中(以下 G 判定)で HbA1c8.0 以上の者(血糖コントロール不良)
  - 腎 E 判定(eGFR45 未満、尿蛋白+以上)
- ※腎専門医への受診勧奨基準(eGFR30 以下、尿蛋白 2+以上)
- 腎要指導判定(以下 C2 判定)(尿蛋白±かつ尿潜血+、尿潜血 2+以上)

#### ①糖代謝項目(要医療判定者)への保健指導(受診勧奨)と精査受診有無について(図表①)

R4 年度の対象者 284 名中、介入 257 名(90.5%)、精査済 193 名(68.0%)と、中間評価時に設定した目標値は R2 年度から R4 年度全て達成しています。

一方で、1 割程度の未介入者や約 3 割の精査未受診者がいることから、引き続き効果的な介入かつ精査受診勧奨の強化を図ります。

図表①) 介入及び精査受診状況(糖代謝項目/要医療判定)

	対象者	介入済		精査済		目標値
		人	%	人	%	
H28	403	356	88.3%	210	52.1%	
H29	413	351	85.0%	222	53.8%	51.0%
H30	359	322	89.7%	196	54.6%	53.5%
R1	461	392	85.0%	311	67.5%	55.0%
R2	205	193	94.1%	148	72.2%	60.0%
R3	223	194	87.0%	153	68.6%	60.0%
R4	284	257	90.5%	193	68.0%	60.0%

参考) 糖尿病連携手帳の配布状況

	※2 対象者	配布済		手帳以外で管理	
		人	%	人	%
H30	462	134	29.0%	6	1.3%
R1	606	122	20.1%	19	3.1%
R2	437	103	23.6%	25	5.7%
R3	434	142	32.7%	43	9.9%
R4	518	121	23.4%	38	7.3%

※対象者は一般健診分も含む。

#### ②HbA1c8.0 以上の通院者または中断者に対する保健指導(受診勧奨)の実施状況について(図表②)

R4 年度は対象者 113 名中介入 103 名(91.2%)と目標値 89.0%を達成しています。また、中間評価(R1 年度)から R4 年度までの目標値も達成していることから、コントロール不良者への介入は概ね実施できています。一方で、未介入者も、少数ながらいることから、これらの方への継続的なアプローチを引き続き行っていきます。

図表②) 介入・精査受診状況(HbA1c8.0 以上の糖通院・中断者)

	対象者	介入済		目標値	参考)精査済	
		人数	%		人数	%
H28	130	110	84.6%		82	63.1%
H29	138	121	87.7%	83.5%	111	80.4%
H30	117	101	86.3%	84.5%	89	76.1%
R1	87	74	85.1%	85.0%	67	77.0%
R2	119	107	89.9%	86.0%	111	93.3%
R3	105	98	93.3%	87.0%	102	97.1%
R4	113	103	91.2%	89.0%	113	100.0%

③健診受診者の HbA1c8.0 以上の未治療者の割合について

R4 年度健診受診者で HbA1c8.0 以上の未治療者(問診で糖尿病服薬なしと回答した者)が 39 名(0.55%)でした。中間評価から新たな評価項目として追加しており、R2 年度と R4 年度までの目標値は達成しているが、これらハイリスク者については優先度を上げて、適切かつ継続的な医療受診に繋げて重症化予防を図ります。

図表③) 健診受診者 HbA1c8.0 以上の未治療者 (参考/介入・精査受診状況)

	受診者	★評価項目(参考)		目標値	参考)介入・精査受診状況			
		対象者			介入済		精査済	
		人数	%		人数	%	人数	%
H28	9,199	46	0.50%		35	76.1%	21	45.7%
H29	8,577	52	0.61%		42	80.8%	23	44.2%
H30	8,250	34	0.41%		27	79.4%	10	29.4%
R1	8,429	59	0.70%		46	78.0%	29	49.2%
R2	6,134	35	0.57%	0.65%	34	97.1%	28	80.0%
R3	6,801	45	0.66%	0.60%	40	88.9%	35	77.8%
R4	7,133	39	0.55%	0.55%	38	97.4%	30	76.9%

④健診結果の比較(HbA1c6.5 以上)

R3 年度特定健診受診者で HbA1c 測定有 6,801 名のうち、HbA1c6.5 以上の 704 名(10.4%)について、R4 年度健診結果との比較を行ったところ、改善 125 名(17.8%)、変化なし 229 名(32.5%)、悪化 77 名(10.9%)でした。一方で未受診者 273 名(38.8%)と 4 割近くいる事から、この様な方への継続的な健診受診勧奨を今後も継続して行っています。

図表④) R3 年度特定健診受診者(HbA1c6.5 以上)の、R4 年度結果との比較

R03年度		R04年度の結果をみる												
		継続受診者				未受診 (中断)	75歳 到達者	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診	
6.4以下	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0以上	改善	悪化									
704 人 10.4%		58 8.2%	121 17.2%	185 26.3%	67 9.5%	273 38.8%	48 6.8%	125 17.8%	229 32.5%	82 11.6%	113 16.1%	77 10.9%	273 38.8%	
6.5~6.9	289	40 13.8%	80 27.7%	55 19.0%	0 0.0%	114 39.4%	20 6.9%	40 13.8%	80 27.7%	17 5.9%	45 15.6%	55 19.0%	114 39.4%	
7.0~7.9	267	14 5.2%	32 12.0%	104 39.0%	22 8.2%	95 35.6%	21 7.9%	46 17.2%	104 39.0%	45 16.9%	46 17.2%	22 8.2%	95 35.6%	
8.0以上	148	4 2.7%	9 6.1%	26 17.6%	45 30.4%	64 43.2%	7 4.7%	39 26.4%	45 30.4%	20 13.5%	22 14.9%		64 43.2%	

⑤うるま市・沖縄市 CKD・糖尿病性腎臓病病診連携登録医事業(ちゅらまーみ(腎)プロジェクト)

平成 29 年度から、新規人工透析導入者の抑制を目的に、CKD(慢性腎臓病)及び糖尿病性腎臓病対策として、中部地区医師会、全国健康保険協会(協会けんぽ)沖縄支部、うるま市、沖縄市で四者協定を締結し様々な事業を推進しています。

健診結果または通院中の方に対して、紹介基準に基づき登録医(内科医を中心とするかかりつけ医、腎臓診療医)に繋げ、併診による治療等を通して、重症化予防を図ります。また、これら事業については、医師等で構成されるCKD評価委員会の中で事業評価の報告と助言を頂きながら、効果的な事業運営(PDCAサイクル)を実施しています。

●ストラクチャー評価(実施体制など):R6 年 1 月時点

- ・登録医療機関:34 ヵ所(CKD と腎専門の両方登録の医療機関が 1 ヵ所ある為)。(図表⑤)
- ・登録医:66 名(CKD 登録医/かかりつけ医 54 名、腎臓診療医 12 名)(図表⑥)



・CKD 登録医から腎臓診療医への紹介件数(図表⑦-1)

CKD 登録医(かかりつけ医)から腎臓診療医への紹介した件数は、H29-R5 年度(R6.1 月まで)の累計で 1538 件です。R3 年度から報告方法を腎臓診療医からの報告も追加した事で、これまで把握出来なかった分の集計が可能となり、件数の増加に繋がっています。

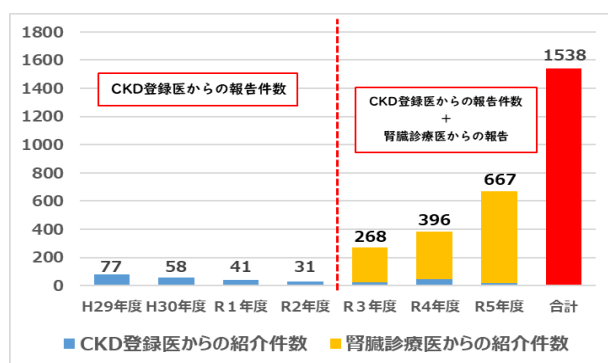
図表⑤) 登録医療機関 (34 カ所内訳)

登録医療機関数	CKD登録医療機関	腎専門医療機関	計
うるま市	12	2	※13
沖縄市	16	3	19
他市町村	2	0	2
計	30	5	34

図表⑥) 登録医 (66 名内訳)

登録医数	CKD登録医(人)	腎専門医(人)	計
うるま市	14	6	20
沖縄市	38	6	44
他市町村	2	0	2
計	54	12	66

図表⑦-1) H29-R4 年度までの紹介件数 (累計)



図表⑦-2) かかりつけ医から繋げた腎臓診療医在籍医療機関

腎臓診療医在籍医療機関		
	病院	(人)
1	中部病院	997
2	中頭病院	498
3	しおひら内科・腎クリニック	16
4	すながわ内科クリニック	4
5	安立医院	15
6	その他	1,538

●アウトプット評価

・ちゅらまーみ基準に沿った対象者、介入、精査受診率

R4 年度では、対象者 321 名中、介入 290 名(90.3%)、精査済 161 名(55.5%)でした。精査未受診の方には複数回アプローチを行い、それでも精査未受診者には一定期間をおいて再勧奨を行う等で対応しています。

図表⑧) H30-R4 年度の対象者・介入・精査受診

	*H30年度		R1年度		R2年度		R3年度		R4年度						
	CKD登録医	腎診療医	CKD登録医	腎診療医	CKD登録医	腎診療医	CKD登録医	腎診療医	CKD登録医	腎診療医					
対象者	339	214	122	250	190	60	258	237	21	295	270	25	321	293	28
受診勧奨者	208	142	66	134	105	29	226	207	19	246	225	21	290	262	28
介入率	61.4%	66.4%	54.1%	53.6%	55.3%	48.3%	87.6%	87.3%	90.5%	83.4%	83.3%	84.0%	90.3%	89.4%	100.0%
医療受診者	126	78	48	65	48	17	136	123	13	137	122	15	161	142	19
受診率	60.6%	54.9%	72.7%	48.5%	45.7%	58.6%	59.9%	59.1%	68.4%	55.7%	54.2%	71.4%	55.5%	54.2%	67.9%

※H30 年度対象者 339 名は、尿検査無し 3 名を CKD 対象者、腎診療医対象者から外しています。

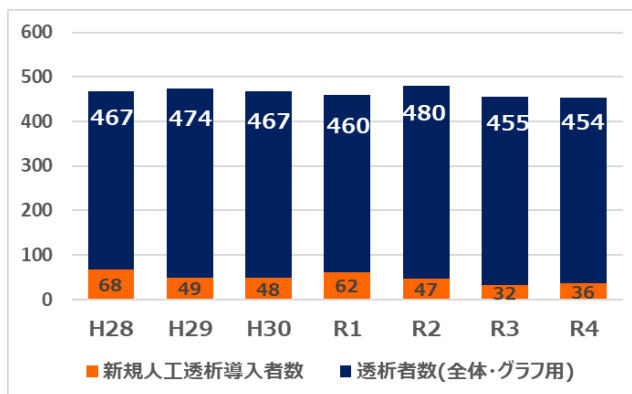
●アウトカム評価

・人口透析治療者及び新規人工透析導入者の推移について(H28-R4)

更生医療と KDB(国保・後期)を活用して、初期値(H28年度)からR4年度までの人口透析治療者及び新規人工透析導入者の推移について、分析を行いました。

人工透析者数はH28年度467名から、増減を繰り返しながらR4年度454名となっています。(図表⑨-1)

図表⑨-1) 人工透析治療者及び新規人工透析導入者数(H28-R4)

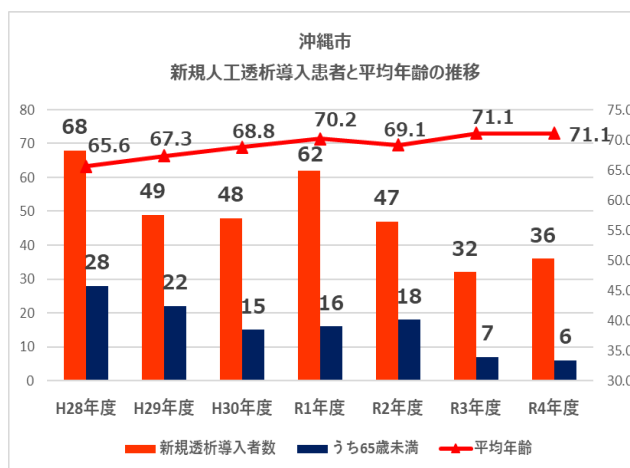


・新規人工透析導入者の状況

新規人工透析導入者は、中間評価(R1年度)62名からR4年度36名と減少傾向にあります。平均年齢の推移を見ると年々高くなる傾向にあり、H28年度65.6歳、R4年度は71.1歳でした。また、65歳未満の人数を見ると、H28年度28名(41.1%)、R1年度16名(25.8%)、R4年度6名(16.7%)と年々減少傾向にあります。(図表⑨-2)

図表⑨-2)

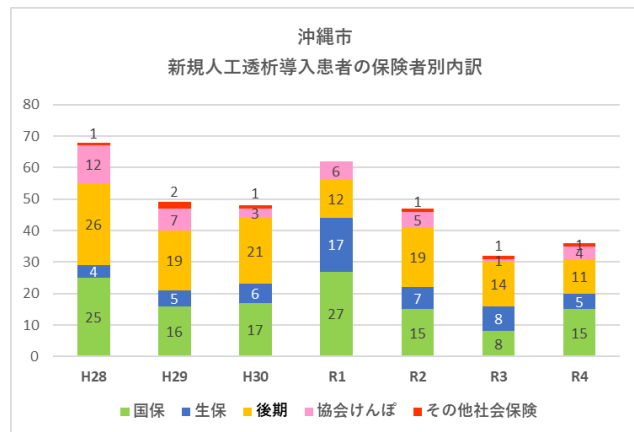
新規人工透析導入者の平均年齢と65歳未満の人数



保険種別で見ると、R4年度は国保、後期が多く、次いで生保、協会けんぽとなっています。また原因疾患を見ると、R4年度は糖尿病性腎症13名(36.1%)、腎硬化症5名(13.9%)と合わせて約半数を占めています。(図表⑨-3、図表⑨-4)

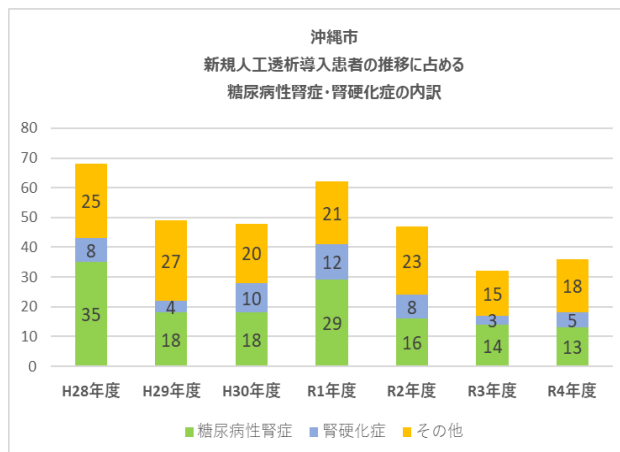
さらに、新規透析導入者の中で糖尿病治療者がR4年度22名(61.1%)と他年度も約6割前後で推移していることから、今後も継続して糖尿病の重症化予防対策を図ることが重要です。(図表⑨-5)

図表⑨-3) 新規人工透析導入患者の保険者別内訳

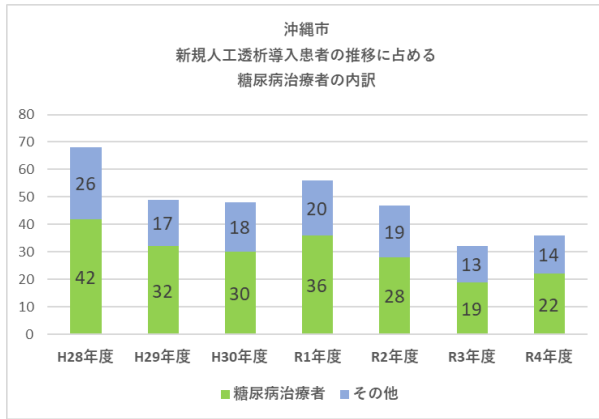


図表⑨-4)

新規人工透析導入患者の糖尿病性腎症・腎硬化症の内訳



図表⑨-5) 新規人工透析導入患者の糖尿病治療者の内訳



⑥心原性脳梗塞及び虚血性心疾患による重症化予防

・二次検査(保健指導対象者の中から、希望者への心電図検査)

特定保健指導対象者等に対して、生活習慣改善または心疾患の早期発見・早期治療を目的に、H28年度から二次検査を実施しています。R4年度の二次検査受診者 434 名中、心電図検査は 140 名(32.3%)に実施し、A 判定(異常なし)は 89 名(63.6%)の一方で、有所見者(C 判定以上)は 27 名(19.3%)でした。これら有所見者に対して二次検査結果返し(特定保健指導の場合、最終評価である事が多い)の際に、適切な医療受診勧奨やその後の受診確認等のフォローを引き続き行う必要があります。

図表⑩-1) 二次検査・心電図判定区分

<b>A</b>	異常なし
<b>B</b>	軽度異常あるも日常生活に支障なし
<b>C</b>	異常があり再検査、または経過観察を要する
<b>D1</b>	要治療
<b>D2</b>	要精密検査
<b>E</b>	治療中

図表⑩-2) 二次検査受診者の心電図検査結果 (判定別内訳)

	二次検査受診者 [a]	心電図検査 [b]													
		A		B		C		D1		D2		E			
		人数	割合(b/a)	人数	割合(A/b)	人数	割合(B/b)	人数	割合(C/b)	人数	割合(D1/b)	人数	割合(D2/b)	人数	割合(E/b)
令和2年度	411	140	34.1%	81	57.9%	26	18.6%	23	16.4%	0	0.0%	10	7.1%	0	0.0%
令和3年度	448	139	31.0%	88	63.3%	28	20.1%	17	12.2%	0	0.0%	6	4.3%	0	0.0%
令和4年度	434	140	32.3%	89	63.6%	24	17.1%	25	17.9%	0	0.0%	2	1.4%	0	0.0%

⑦脳血管疾患重症化予防対策

高血圧は脳・心血管において最大の危険因子であり、脳・心・腎疾患など生活習慣病の重症化疾患と深く関与しています。図表⑪は、高血圧以外の危険因子との組み合わせも踏まえ、血圧分類に基づいた脳心血管リスク層別化(降圧薬治療者を除く)を示しています。Ⅱ度高血圧以上の高リスクの未治療者を最優先に、適切な医療受診勧奨と保健指導を引き続き取り組みます。

図表⑩) R4 年度特定健診結果より、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位の設定		令和04年度																						
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化		(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画																						
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧	<div style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #f4a460; border: 1px solid black; margin-right: 5px;"></div> …高リスク <div style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #fff9c4; border: 1px solid black; margin-right: 5px; margin-top: 5px;"></div> …中等リスク <div style="display: inline-block; width: 15px; height: 10px; background-color: #ffffcc; border: 1px solid black; margin-right: 5px; margin-top: 5px;"></div> …低リスク																		
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上																			
	2,229	1,090 48.9%	841 37.7%	238 10.7%	60 2.7%																			
<b>リスク第1層</b> 予後影響因子がない	153 6.9%	<b>C</b> 91 8.3%	<b>B</b> 49 5.8%	<b>B</b> 13 5.5%	<b>A</b> 0 0.0%	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">区分</th> <th>該当者数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">A</td> <td>ただちに薬物療法を開始</td> <td>574</td> </tr> <tr> <td></td> <td>25.8%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">B</td> <td>概ね1か月後に再評価</td> <td>904</td> </tr> <tr> <td></td> <td>40.6%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">C</td> <td>概ね3か月後に再評価</td> <td>751</td> </tr> <tr> <td></td> <td>33.7%</td> </tr> </tbody> </table>	区分		該当者数	A	ただちに薬物療法を開始	574		25.8%	B	概ね1か月後に再評価	904		40.6%	C	概ね3か月後に再評価	751		33.7%
区分		該当者数																						
A	ただちに薬物療法を開始	574																						
		25.8%																						
B	概ね1か月後に再評価	904																						
		40.6%																						
C	概ね3か月後に再評価	751																						
		33.7%																						
<b>リスク第2層</b> 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	1,334 59.8%	<b>C</b> 660 60.6%	<b>B</b> 503 59.8%	<b>A</b> 134 56.3%	<b>A</b> 37 61.7%																			
<b>リスク第3層</b> 脳心血管病既往・非弁膜症性心房細動・糖尿病・蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上	742 33.3%	<b>B</b> 339 31.1%	<b>A</b> 289 34.4%	<b>A</b> 91 38.2%	<b>A</b> 23 38.3%																			

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、または HDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170 のいずれかに該当した者で判断。  
 ※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200 のいずれかに該当した者で判断。  
 ※3 脳血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。  
 ※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。  
 ※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

⑧40歳未満の健診及び早期介入保健指導

特定健診が始まる40歳より前の早い段階(主に30代)から健診を受診し、健診結果に基づく保健指導と必要に応じて医療への受診勧奨を行い、生活習慣病予防への意識付けを図る取り組みを実施しています。

図表⑩-1) 30歳代の国保被保険者に対する健診の実施

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者	4,747	4,515	4,383	4,039	4,097
受診者	408	409	310	308	360
受診率	8.59%	9.06%	7.07%	7.63%	8.79%

図表⑩-2) 30歳代の国保被保険者に対する保健指導の実施状況

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者	237	284	190	191	177
利用者数	168	194	142	174	162
*1利用率	70.89%	68.31%	74.74%	91.10%	91.53%
終了者数	53	69	36	112	60
*2実施率	22.36%	24.30%	18.95%	58.64%	33.90%

※1: 利用者/対象者 ※2: 終了者/対象者

図表⑩-3) 保健指導対象者のうち、精査受診状況

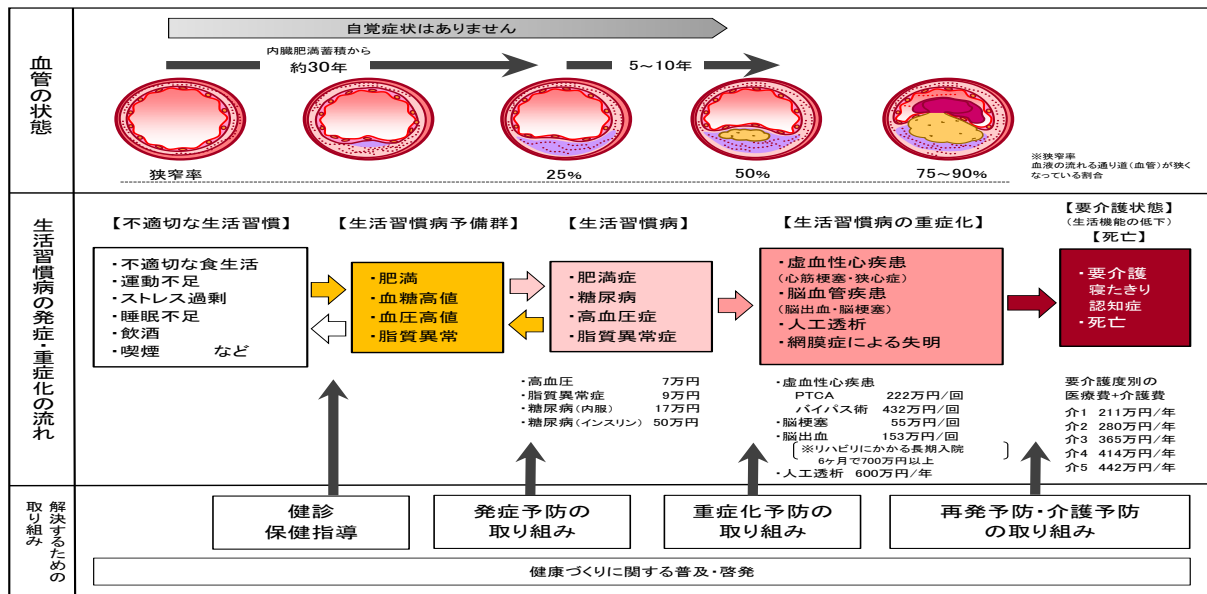
	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
対象者	89	93	63	66	65
*3受診済	17	31	26	24	19
受診率	19.10%	33.33%	41.27%	36.36%	29.23%

### 3. 第3期における健康課題の明確化

#### 1) 基本的考え方

生活習慣病の有病者や予備群を減少させるためには、不健康な生活習慣の蓄積から、生活習慣病の予備群、生活習慣病への進展、さらには重症化・合併症へと悪化するものを減少させること、あるいは、生活習慣病から予備群、更には健康な状態へ改善するものを増加させることが必要となります。(図表 31)

図表 31 生活習慣病の発症・重症化予防の流れ



出典・参照: 標準的な健診・保健指導プログラム

【令和6年度版】別紙1(改変版)

#### 2) 健康課題の明確化

医療保険制度においては、75歳に到達し後期高齢者になると、それまで加入していた国民健康保険制度等から、後期高齢者医療制度の被保険者に異動することになります。

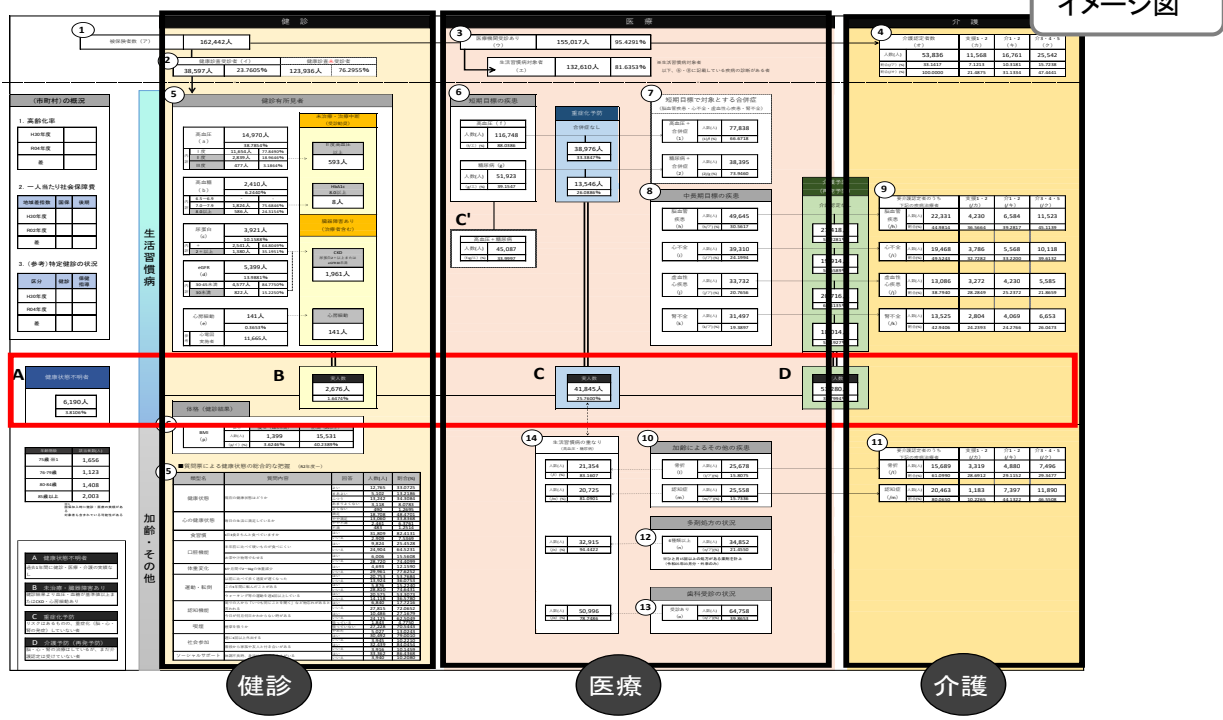
保健事業については、高齢者の特性や状況に対応した切れ目のない支援を行うことが望ましいが、制度的な背景により支援担当者や事業内容等が大きく変わってしまうという課題があります。

また、若年期からの生活習慣病が、高齢期での重症化事例や複数の慢性疾患につながるため、市町村国保及び広域連合は、図表 32 の健康課題の分析結果等を共有し、綿密な連携に努めることが重要です。

健康課題の明確化においては、第2期計画の評価も踏まえ、健康・医療情報等を活用して、被保険者の健康状態等を分析、健康課題を抽出・明確化し、費用対効果の観点から優先順位を決定します。さらに若い世代から健診への意識を高めるため40歳未満の健診を実施し、健診結果において生活習慣の改善が必要と認められる者に対し保健指導を行います。

なお、20歳以降の体重増加と生活習慣病の発症との関連が明らかであることから、特定保健指導対象者を減らすためには、若年期から適正な体重の維持に向けた保健指導、啓発を行う等、40歳未満の肥満対策も重要であると考えます。

図表 32 健康課題を明確化するための健診・医療・介護の一体的分析



(1) 医療費分析

図表 33 被保険者及びレセプトの推移

対象年度	H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期：R04年度	
被保険者数	42,280人	41,817人	40,999人	40,403人	39,585人	13,250人	
総件数及び 総費用額	件数	248,791件	250,127件	225,155件	239,524件	245,934件	172,796件
	費用額	106億0543万円	109億0823万円	108億0909万円	114億8016万円	116億2681万円	124億9987万円
一人あたり医療費	25.1万円	26.1万円	26.4万円	28.4万円	29.4万円	94.3万円	

差が3倍以上  
出典・参照：KDB システム改変

図表 34 データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合

市町村名	総医療費	一人あたり 医療費 (月額)	中長期目標疾患					短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計	新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患	
			腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質 異常症						
			慢性 腎不全 (透析有)	慢性 腎不全 (透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞									
① 国保	沖繩市	116億2681万円	24,152	4.37%	0.24%	2.22%	1.98%	3.86%	2.00%	1.19%	18億4321万円	15.85%	12.03%	10.24%	7.22%
	同規模	--	29,058	4.49%	0.29%	2.11%	1.50%	5.48%	3.12%	2.13%	--	19.12%	16.76%	8.12%	8.52%
	県	--	26,050	5.80%	0.27%	2.40%	1.61%	4.02%	2.33%	1.38%	--	17.81%	12.57%	10.14%	7.73%
	国	--	27,570	4.26%	0.29%	2.03%	1.45%	5.41%	3.06%	2.10%	--	18.60%	16.69%	7.63%	8.68%
② 後期	沖繩市	124億9987万円	80,073	5.48%	0.37%	4.56%	1.99%	2.90%	1.98%	1.09%	22億9609万円	18.37%	8.23%	4.31%	15.40%
	同規模	--	69,773	4.74%	0.48%	3.91%	1.75%	4.14%	3.04%	1.47%	--	19.54%	11.35%	3.66%	12.30%
	県	--	79,275	4.65%	0.38%	4.30%	1.76%	3.09%	2.26%	1.14%	--	17.58%	8.35%	4.54%	13.72%
	国	--	71,162	4.59%	0.47%	3.86%	1.65%	4.11%	3.00%	1.45%	--	19.12%	11.17%	3.55%	12.41%

出典・参照：KDB システム改変\_健診・医療・介護データからみる地域の健康課題

図表 35 高額レセプト(80万円/件)以上の推移

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度	
高額レセプト (80万円以上/件)	人数	A	393人	430人	439人	469人	484人	1,528人
	件数	B	575件	662件	674件	729件	768件	2,857件
		B/総件数	0.23%	0.26%	0.30%	0.30%	0.31%	1.65%
	費用額	C	7億7642万円	9億2266万円	9億9640万円	10億2506万円	11億8917万円	24億5220万円
C/総費用		7.3%	8.5%	9.2%	8.9%	10.2%	19.6%	

出典・参照：KDBシステム改変

図表 36 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(脳血管疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度								
脳血管疾患	人数	D	19人	24人	27人	24人	26人	96人							
		D/A	4.8%	5.6%	6.2%	5.1%	5.4%	6.3%							
	件数	E	32件	44件↑	48件↑	42件	42件	185件							
		E/B	5.6%	6.6%	7.1%	5.8%	5.5%	6.5%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	3	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	1	0.5%
		40代	3	9.4%	9	20.5%	5	10.4%	4	9.5%	5	11.9%	70-74歳	7	3.8%
		50代	4	12.5%	7	15.9%	2	4.2%	4	9.5%	14	33.3%	75-80歳	26	14.1%
		60代	14	43.8%	23	52.3%	24	50.0%	21	50.0%	14	33.3%	80代	116	62.7%
		70-74歳	11	34.4%	5	11.4%	14	29.2%	13	31.0%	9	21.4%	90歳以上	35	18.9%
	費用額	F	3569万円	5922万円↑	6558万円↑	4850万円	4885万円	1億2366万円							
		F/C	4.6%	6.4%	6.6%	4.7%	4.1%	5.0%							

出典・参照：KDBシステム改変

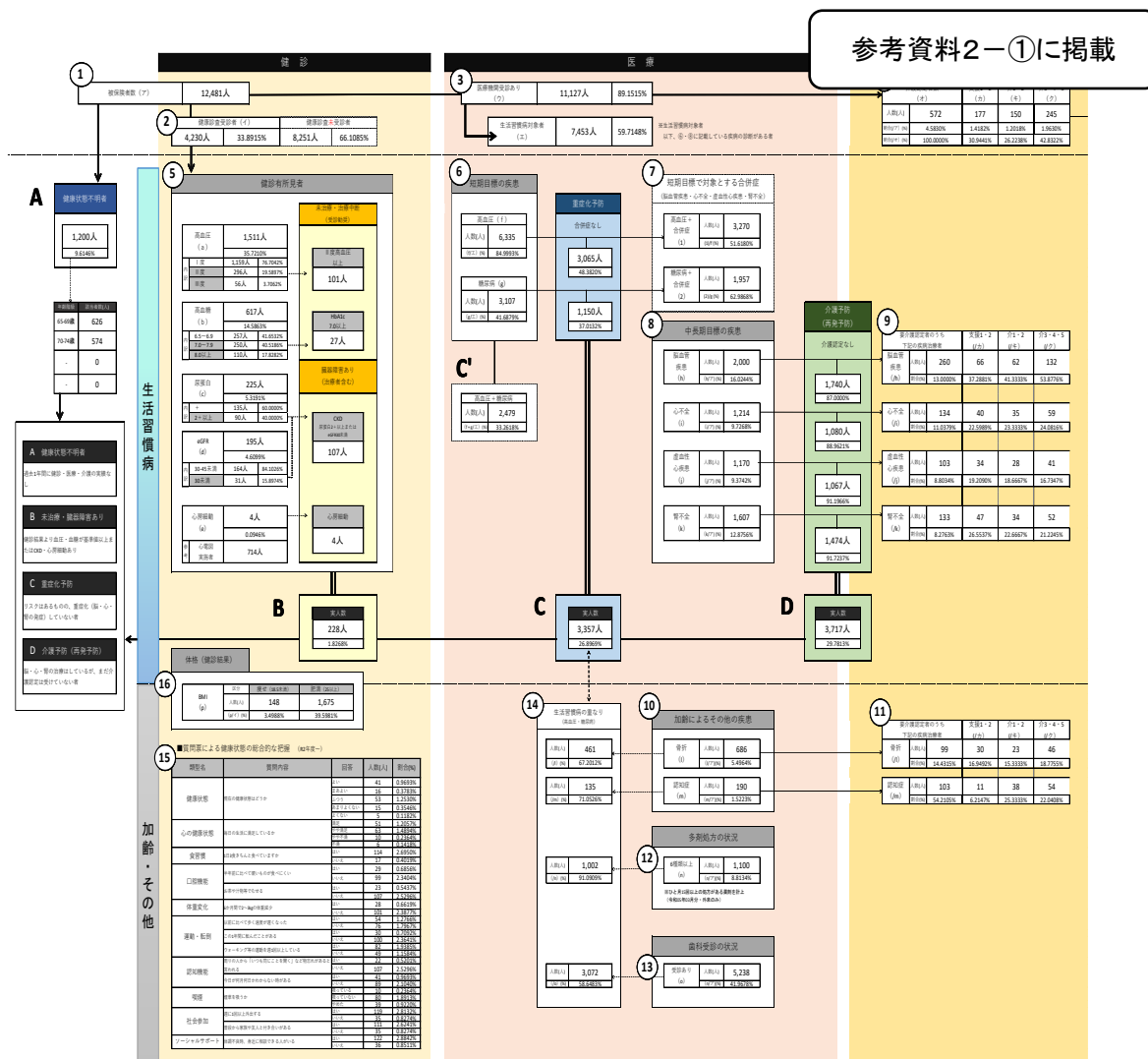
図表 37 高額レセプト(80万円/件)以上の推移(虚血性心疾患)

対象年度		H30年度	R01年度	R02年度	R03年度	R04年度	後期:R04年度								
虚血性心疾患	人数	G	12人	19人	25人	27人	32人	73人							
		G/A	3.1%	4.4%	5.7%	5.8%	6.6%	4.8%							
	件数	H	12件	20件	27件	28件	36件	79件							
		H/B	2.1%	3.0%	4.0%	3.8%	4.7%	2.8%							
	年代別	40歳未満	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	65-69歳	0	0.0%		
		40代	0	0.0%	0	0.0%	2	7.4%	0	0.0%	1	2.8%	70-74歳	4	5.1%
		50代	4	33.3%	3	15.0%	6	22.2%	8	28.6%	5	13.9%	75-80歳	21	26.6%
		60代	3	25.0%	13	65.0%	9	33.3%	13	46.4%	13	36.1%	80代	45	57.0%
		70-74歳	5	41.7%	4	20.0%	10	37.0%	7	25.0%	17	47.2%	90歳以上	9	11.4%
	費用額	I	1929万円	3320万円	4799万円	4220万円	5447万円	8350万円							
		I/C	2.5%	3.6%	4.8%	4.1%	4.6%	3.4%							

出典・参照：KDBシステム改変

(2) 健診・医療・介護の一体的分析

図表 38 健診・医療・介護データの一体的な分析 (65~74 歳国保・後期合算)



出典・参照: 保険者データヘルス支援システム

図表 39 被保険者数と健診受診状況

E表	④ 介護認定率	① 被保険者数			② 健診受診率			⑬ 体格(健診結果)						
		被保険者数			健診受診率			BMI18.5未満			BMI25以上			
		75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
年度														
H30	28.7	17,571	11,154	13,269	22.7	40.2	21.7	4.3	3.1	2.9	37.6	39.7	40.6	
R4	31.4	↓15,940	↑12,481	↑14,012	19.7	33.9	19.0	5.3	3.5	3.6	39.0	39.6	40.0	



図表 40 健診有所見状況

E表	⑤																																			
	Ⅱ度高血圧以上 ( )は未治療・治療中断者									HbA1c7.0以上 ( )は未治療・治療中断者 ※後期高齢者は8.0以上									CKD 尿蛋白2+以上またはeGFR30未満						心房細動											
	40-64			65-74			75-			40-64			65-74			75-			40-64		65-74		75-		40-64	65-74	75-									
	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)	人	%	(人)						
H30	274	28.5	(124)	395	27.3	(140)	285	25.0	(70)	169	63.1	(21)	325	52.8	(18)	43	25.7	(1)	60	34.5	(80)	142	34.9	(122)	143	28.7	(123)	2	0.1	(2)	6	0.1	(6)	5	0.2	(5)
R4	189	26.5	(89)	352	23.3	(101)	292	25.1	(68)	129	58.4	(20)	360	58.3	(27)	45	25.0	(2)	34	27.4	(33)	121	28.8	(107)	134	24.5	(111)	0	0.0	(0)	4	0.1	(4)	5	0.2	(5)

図表 41 短期目標疾患(高血圧・糖尿病)と合併症の状況

E表	③						⑥									⑦								
	医療機関受診			生活習慣病対象者 (生活習慣病の医療機関受診者)			短期目標の疾患 (生活習慣病受診者のうち)									短期目標の疾患とする合併症								
							高血圧			糖尿病			C'糖尿病+高血圧			高血圧+合併症			糖尿病+合併症					
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-			
H30	73.2	88.9	95.7	26.2	59.2	80.1	78.2	83.2	86.7	38.6	42.4	40.1	26.0	32.8	34.3	39.6	51.0	65.6	46.3	60.7	72.7			
R4	75.4	89.2	94.9	27.3	59.7	79.3	77.8	85.0	88.3	36.6	41.7	39.9	24.7	33.3	34.6	40.5	51.6	66.2	51.0	63.0	74.8			

注) 合併症とは、脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全を指す

図表 42 中長期目標疾患(脳血管疾患・心不全・虚血性心疾患・腎不全)と介護認定の状況

E表	⑧												⑨											
	中長期目標の疾患(被保険者割)												中長期疾患のうち介護認定者											
	脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全			脳血管疾患			虚血性心疾患			心不全			腎不全		
	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-	40-64	65-74	75-
H30	4.7	16.4	30.1	2.9	10.1	19.2	2.6	8.9	21.2	4.9	11.3	19.2	6.3	8.6	42.5	3.2	4.9	35.0	3.2	7.2	44.4	3.6	5.1	39.9
R4	5.2	16.0	28.9	2.8	9.4	18.1	3.2	9.7	22.8	5.3	12.9	20.7	8.4	13.0	43.7	4.4	8.8	37.7	4.6	11.0	45.6	3.6	8.3	40.5

図表 43 骨折・認知症の状況

E表	⑭				⑩				⑪			
	生活習慣病との重なり (高血圧・糖尿病)				加齢による その他の疾患 (被保険者割)				加齢による疾患のうち 要介護認定者			
	骨折		認知		骨折		認知症		骨折		認知症	
	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-	65-74	75-
H30	64.2	80.6	70.8	78.6	4.8	15.1	1.7	15.3	10.4	55.6	31.3	77.2
R4	67.2	81.8	71.1	79.3	5.5	15.3	1.5	14.2	14.4	60.8	54.2	81.2

### (3)健康課題の明確化(図表 33~43)

国保の被保険者数は年々減っているが、一人あたり医療費は増加傾向で、後期高齢者になると一人あたり90万円を超え、国保の約3倍も高い状況です。(図表 33)

本市は、短期的目標疾患の糖尿病の総医療費に占める割合は、同規模と比べて低くなっていますが、慢性腎不全の医療費に占める割合が、後期高齢において、同規模、県、国と比べて高い状況です。(図表 34)

高額レセプトについては、国保においては約760件のレセプトが発生していますが、後期高齢になると、約3.5倍に増えることがわかります。(図表 35)

脳血管疾患で高額になったレセプトは、国保で平成30年度32件から令和4年度42件と増加し、金額は約1,300万円も増額となっています。後期高齢においては、185件で、約1億円余りの費用額がかかっています。脳血管疾患は、加齢とともに罹患者が増え、医療費のみならず、介護を要する状態となり、長期にわたって医療費と介護費に影響を及ぼすことから、脳血管疾患のリスクとなる高血圧の重症化予防についても力を入れる必要があります。(図表 35、36)

健診・医療・介護のデータをH30年度とR4年度の結果を各年代で一体的に分析すると、図表39の①被保険者数の、40~64歳は減っていますが、65歳~74歳、75歳以上では増加し、高齢化率の低い本市でも75歳以上の後期高齢者が確実に増えていることがわかります。

⑯の体格をみると、40~64歳の若い年齢層で、BMI25以上の率が1.4ポイント高くなっています。図表40 健診有所見の状況をH30年度とR4年度で比較すると、全体的に有所見者数が減っていますが、Ⅱ度高血圧の75歳以上、HbA1c7.0以上の65-74歳で増えています。

図表41の短期目標疾患(高血圧・糖尿病)とする合併症を、H30年度とR4年度で比較すると、高血圧+合併症、糖尿病+合併症はどの年代も高くなっています。

図表42の中長期疾患(脳血管・虚血性心疾患・心不全・腎不全)の介護認定状況において、H30年度とR4年度を比較すると、全項目どの年代でも増加しており重症化予防が課題であることがわかります。

### (4)優先して解決を目指す健康課題の優先順位付け

健康課題の明確化で整理した結果を踏まえると、中長期疾患(脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全)に共通した高血圧、糖尿病等に重なりがあります。高血圧や糖尿病等の早期受診勧奨や治療中断を防ぐ保健指導を継続していくことが、脳血管疾患、虚血性心疾患等への重症化を防ぐことにつながります。

具体的な取組方法については、第4章に記載していきます。

## 3) 目標の設定

### (1)成果目標

#### ①データヘルス計画(保健事業全体)の目的、目標、目標を達成するための方策

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実

施を図ることが求められており、計画から見直します。改善までのプロセスを継続することによって、よりよい成果をあげていくことが期待できます。

そのため、評価の目的、方法、基準、時期、評価者、評価結果の活用について、計画の段階から明確にします。評価指標については、まず全ての都道府県で設定することが望ましい指標と、地域の実情に応じて設定する指標(図表 44)に設定し、評価結果のうち公表するものを明確にします。

## ②中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い脳血管疾患及び虚血性心疾患、慢性腎不全の総医療費に占める割合を減少することを目指します。しかし、年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、高齢化が進展する昨今では、医療費そのものを抑えることが厳しいことから、医療費の伸びを抑えることで維持することを目指します。

また、軽症時に通院せず、重症化して入院することから、重症化予防、医療費適正化へつなげるには、適切な時期での受診を促し、入院に掛かる医療費を抑えることを目指します。

## ③短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とします。

そのためには、医療機関と連携を図り、医療受診が必要な者に適切な働きかけや治療継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行います。糖尿病とメタボリックシンドロームは、薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが効果的であると考えられるため栄養指導等の保健指導、必要に応じて医療機関と連携します。

さらに生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供して健診受診率の向上を目指し、個人の状態に応じた保健指導の実施により生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげるのが重要です。その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載します。

## ④その他の事業

### ・ジェネリック医薬品(後発医薬品)の利用促進

ジェネリック医薬品(後発医薬品)は新薬(先発医薬品)の特許が切れた後に製造販売される、新薬と同一の有効成分を同一量含み、同一の効能・効果を持つ医薬品のことです。新薬(先発医薬品)と比較し、安価であるためジェネリック医薬品(後発医薬品)の使用は全体の医療費の削減に繋がることが見込まれます。

そのため、後発医薬品を使用した場合の軽減見込額を示した「ジェネリック差額通知書」(ハガキ)を毎回(7月、9月、12月、3月)発送し、後発医薬品の普及・利用促進を行います。

後発医薬品の使用割合について、初期値を87.0%(R4実績:国保総合システムより)とし、毎年0.5ポイントずつ上昇することを目指します。

(2) 管理目標の設定

図表 44 第3期データヘルス計画目標管理一覧

は、第3期から新たに追加した項目

★すべての都道府県で設定することが望ましい指標

	達成すべき目的	課題を解決するための目標	実績			データの把握方法 (活用データ年度)	
			初期値 R6 (R4)	中間評価 R8 (R7)	最終評価 R11 (R10)		
中長期目標	脳血管疾患・虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制	脳血管疾患の総医療費に占める割合の維持	2.2%	2.2%	2.2%	KDBシステム	
		虚血性心疾患の総医療費に占める割合の維持	2.0%	2.0%	2.0%		
		慢性腎不全（透析あり）総医療費に占める割合の維持	4.4%	4.4%	4.4%		
		糖尿病性腎症による新規透析導入者の割合の減少	36.1%	36.1%	36.1%	各市町村	
短期目標	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少	38.2%	38.0%	37.8%	健診結果 (保険者データヘルス支援システム)	
		(再掲)	メタボリックシンドローム該当者の減少	24.2%	24.1%		24.0%
			メタボリックシンドローム予備群の減少	14.0%	13.9%		13.8%
		(再掲)	A メタボ該当者+高血圧者の割合減少(140/90以上)	10.8%	10.7%		10.6%
			A + 高血糖者の割合減少(HbA1c8.0以上)	0.7%	0.6%		0.5%
			A + 脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	1.6%	1.5%		1.4%
			A + 尿蛋白有所見者の割合減少(2+以上)	0.5%	0.4%		0.3%
			A + 高尿酸者の割合減少(8.0以上)	1.1%	1.0%		0.9%
		健診受診者の高血圧者の割合減少(160/100以上)	7.3%	7.2%	7.1%		
		健診受診者の脂質異常者の割合減少(LDL160以上)	14.3%	14.2%	14.1%		
		健診受診者の血糖異常者の割合の減少(HbA1c6.5%以上)	11.1%	11.0%	10.9%		
		★健診受診者のHbA1c8.0%(NGSP値)以上の者の割合の減少	2.2%	2.1%	2.0%		
		健診受診者の尿蛋白有所見者の割合減少(2+以上)	1.6%	1.5%	1.4%		
		糖尿病の未治療者を治療に結び付ける割合	68.0%	70.0%	70.0%		各市町村
アウトプット	特定健診受診率、特定保健指導実施率を向上し、メタボ該当者、重症化予防対象者を減少	★特定健診受診率60%以上	31.0%	36.0%	42.0%	法定報告値 (特定健診等データ管理システム)	
		★特定保健指導実施率60%以上	60.0%	60.0%	60.0%		
		★特定保健指導による特定保健指導対象者の減少率※	16.7%	17.0%	18.0%		

※分母のうち、今年度は特定保健指導の対象者ではなくなった者の数/昨年度の特定保健指導の利用者数

## 第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

### 1. 第四期特定健康診査等実施計画について

保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条に基づき、特定健康診査等実施計画を定めます。

なお、第一期及び第二期は 5 年を一期としていたが、医療費適正化計画等が 6 年一期に改正されたことを踏まえ、第三期以降は実施計画も 6 年を一期として策定します。

### 2. 目標値の設定

図表 45 特定健診受診率・特定保健指導実施率

	R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診受診率	34.0%	36.0%	38.0%	40.0%	42.0%	44.0%
特定保健指導実施率	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60.0%	60%以上

目標値について、国の基本指針では、市町村国保の特定健康受診率 60%、特定保健指導率 60%とされていますが、第 2 期計画の実績を踏まえ目標値を設定しました。

### 3. 対象者の見込み

図表 46 特定健診・特定保健指導対象者の見込み

		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度
特定健診	対象者数	23,984人	23,287人	22,499人	21,738人	21,041人	20,313人
	受診者数	8,155人	8,383人	8,550人	8,695人	8,837人	8,938人
特定保健指導	対象者数	1,370人	1,408人	1,436人	1,461人	1,485人	1,502人
	実施者数	822人	845人	862人	876人	891人	901人

\*特定保健指導対象者は、H30～R4の特定保健指導対象者の割合の平均16.8%で算出

\*特定保健指導の実施者数は、対象者の60%で算出

### 4. 特定健診の実施

#### (1)実施方法

健診については、特定健診実施機関に委託する。県医師会が実施機関の取りまとめを行い、県医師会と市町村国保側の取りまとめ機関である国保連合会が集合契約を行います。

- ① 集団健診(沖縄市体育館他)
- ② 個別健診(委託医療機関)

## (2) 特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、および実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できるものの基準については、厚生労働大臣の告示において定められています。

## (3) 健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、沖縄市のホームページに掲載する。

(参照) URL :

<https://www.city.okinawa.okinawa.jp/kenkou/kenkoukanri/kenkoushinsa/index.html>

## (4) 特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導対象者を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査(HbA1C・血清クレアチニン・尿酸・尿潜血)を実施します。

また、血中脂質検査のうち LDL コレステロールについては、中性脂肪が 400mg/dl 以上または食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの測定にかえられます。(実施基準第 1 条第 4 項)

## (5) 実施時期

4 月から翌年 3 月末まで実施します。

## (6) 医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行えるよう、医療機関へ十分な説明を実施していきます。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行います。

## (7) 代行機関

特定健診に掛かる費用の請求・支払い代行は、沖縄県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託します。

## (8) 具体的な取り組み

健診受診のメリットや医療費情報(基本健診料無料)などを盛り込み、市広報誌、市 HP、チラシ配布、SNS、SMS 通知、QABデータ放送や健康ポイントアプリお知らせ機能の通知等で周知啓発、集団健診WEB予約の導入や医療機関との連携を図り個別健診を推奨、受診環境を整えます。

## (9) 健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動を年間通して行います。

図表 47 特定健診実施スケジュール

	前年度	当該年度	翌年度
4月		健診機関との契約 ↓ 健診対象者の抽出、受診等の印刷・送付(随時可) (特定健診の開始)	(特定保健指導の実施)
5月			健診データ抽出(前年度)
6月		健診データ受取 費用決裁 → 保健指導対象者の抽出	
7月		(特定保健指導の開始)	実施実績の分析実施方法、 委託先機関の見直し等
8月			
9月		(特定健診・特定保健指導の実施)	
10月			受診・実施率実績の算出
11月	契約に関わる 予算手続き		支払基金(連合会)への報告 (ファイル作成・送付)
12月			
1月			
2月			
3月	契約準備	(特定健診・特定保健指導の当該年度受付終了)	

## 5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施(一般衛生部門への執行委任)及び外部委託実施の形態で行います。

### (1) 健診から保健指導実施の流れ

○第4期(2024年以降)における変更点

特定健康診査・特定保健指導円滑な実施に向けた手引き(第4版)

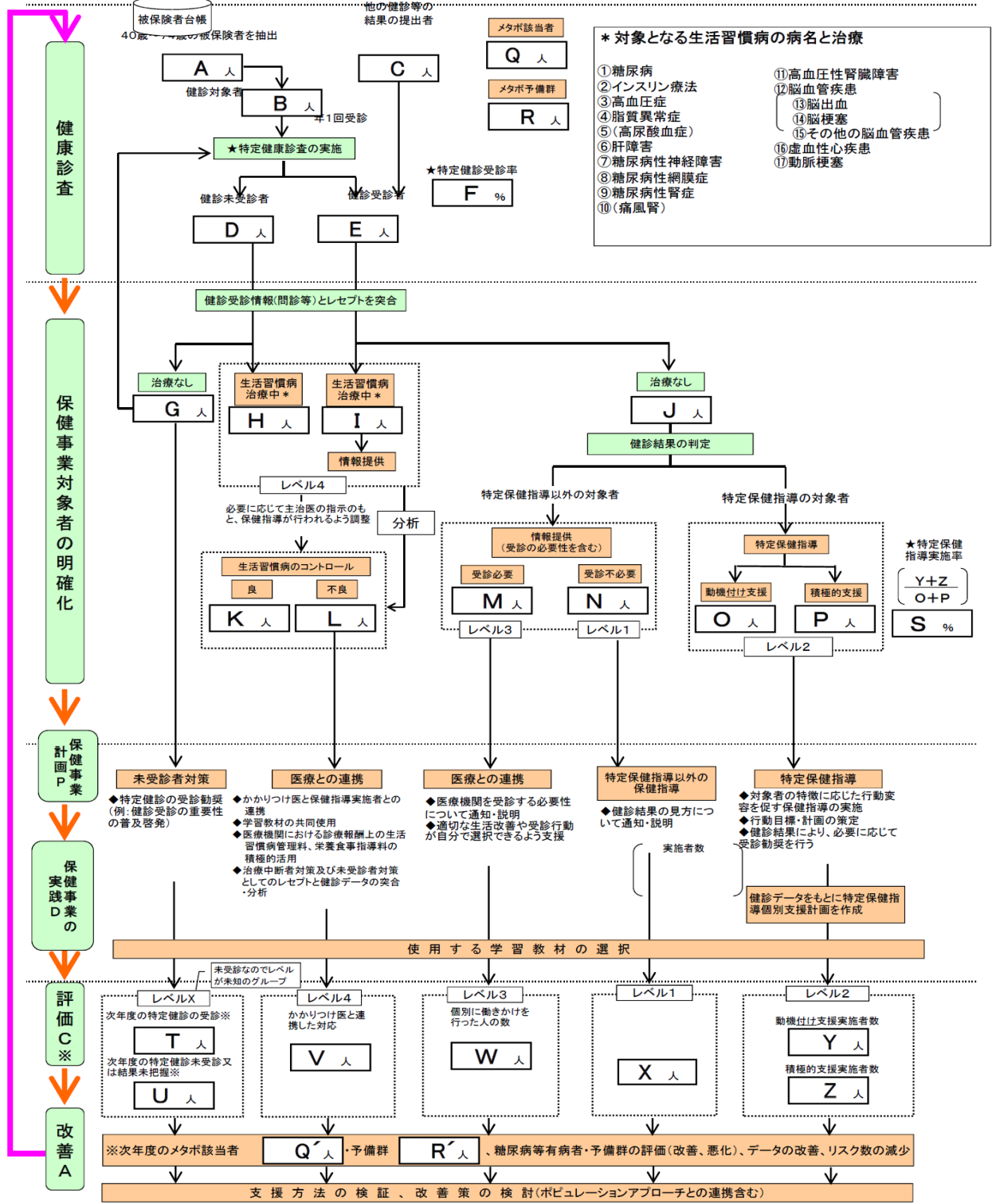
特定保健指導 の見直し	(1) 評価体系の見直し 特定保健指導の実施評価にアウトカムを導入し、主要達成目標を腹囲2cm・体重2kg減とし、生活習慣病予防につながる行動変容や腹囲1cm・体重1kg減をその他目標として設定した。
	(2) 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から1週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	(3) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導実施後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	(4) 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に当たって、確認する医薬品の種類、確認手順を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	(5) その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第4期期間においても延長することとした。

「標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度版)」様式 5-5 をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行います。(図表 48・49)

図表 48 健診から保健指導へのフローチャート(様式 5-5)

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導  
健診から保健指導実施へのフローチャート

様式5-5



出典・参照：特定健診等データ管理システム



(2) 要保健指導対象者の見込み、選択と優先順位・支援方法

図表 49 要保健指導対象者の見込み

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	1,157人 (16.2%)
2	M	情報提供 (受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援 ◆翌年度の健診受診勧奨及び継続治療の必要性を説明	1,404人 (19.7%)
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨)	14,394人 (66.9%)
4	L	健診受診者の内、生活習慣病治療中でコントロール不良者へ情報提供	◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	2,207人 (31.0%)
5	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	1,340人 (18.8%)

(3) 生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成していきます。

図表 50 健診・保健指導年間スケジュール

	特定健康診査	特定保健指導	その他
4月	◎健診対象者の抽出及び受診券の送付 ◎特定健康診査の開始		◎特定健康診査をはじめとした各種健診の広報 ◎市民健診、後期高齢者健診、がん検診開始 ◎代行機関(国保連合会)を通じて費用決裁の開始
5月		◎対象者の抽出	
6月		◎保健指導の開始	
7月			
8月			
9月			◎前年度特定健診・特定保健指導実績報告終了
10月			
11月			
12月			
1月			
2月			
3月	◎健診の終了		

#### (4) 具体的な取り組み

特定保健指導実施率向上を図るため、対象者が利用しやすい体制づくりや、早期の介入に向けて関係機関との連携を図ります。令和6年度より導入されるアウトカム評価に対応するため、保健指導の質の向上に取り組みます。

## 6. 個人情報の保護

### (1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律を踏まえた対応を行います。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理します。

### (2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システム及び健康管理システムで行います。

## 7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度11月1日までに報告します。

## 8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第19条第3項(保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない)に基づく計画は、沖縄市ホームページ等への掲載により公表、周知します。

## 第4章 課題解決するための個別保健事業

### I. 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために、特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していきます。そのためには、重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせる必要があります。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防等の取組を行います。

具体的には、医療受診が必要な方には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の方には、医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していきます。

ポピュレーションアプローチの取組としては、若い世代からの健診受診の勧めや生活習慣病の予防や重症化予防に関する情報の普及啓発等に取り組めます。

また、生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導が重要となります。そのため特に特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要があります。その実施にあたっては、第3章の特定健康診査等実施計画に準ずるものとします。

### II. 重症化予防の取組

本市の特定健診受診者のうち、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の重症化予防対象者は、各学会のガイドラインに基づき対象者を抽出すると、2,919人(41.0%)です。そのうち治療なしが1,074人(27.5%)を占め、さらに臓器障害あり直ちにに取り組むべき対象者が366人です。

また、本市においては、重症化予防対象者と特定保健指導対象者が重なるものが、1,074人中587人いるため、特定保健指導の徹底もあわせて行うことが重症化予防にもつながり、効率的であることが分かります。(図表51)

図表 51 脳・心・腎を守るために

脳・心・腎を守るために - 重症化予防の視点で科学的根拠に基づき、保健指導対象者を明らかにする-

令和04年度

健康日本21 (第2次)目標 目指すところ	脳血管疾患 の年齢調整死亡率の減少			虚血性心疾患 の年齢調整死亡率の減少			糖尿病性腎症 による年間新規透析導入患者数の減少					
科学的根拠に基づき	脳卒中治療ガイドライン2021 (脳卒中ガイドライン委員会)			虚血性心疾患の一次予防ガイドライン(2012年改訂版) (循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2011年委員会研究報告))			糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)		CKD診療ガイドライン 2018 (日本腎臓病学会)			
↓ レセプトデータ、 介護保険データ、 その他統計資料等 に基づいて 健康課題を分析	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">クモ膜下出血 (5.6%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳出血 (18.5%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">脳梗塞 (75.9%)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心原性 脳塞栓症 (27.7%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ラクナ 梗塞 (31.2%)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">アテローム 血栓性 梗塞・塞栓 (33.2%)</div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※脳卒中 データバンク 2015より</p> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">非心原性脳梗塞</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">心筋梗塞</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">労作性 狭心症</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">安静 狭心症</div> </div>								
優先すべき 課題の明確化	高血圧症	心房細動	脂質異常症		メタボリック シンドローム	糖尿病	慢性腎臓病 (CKD)					
科学的根拠に基づき 健診結果から 対象者の抽出	高血圧治療 ガイドライン2019 (日本高血圧学会)		動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017年版 (日本動脈硬化学会)		メタボリックシンドロームの 診断基準	糖尿病治療ガイド 2022-2023 (日本糖尿病学会)	CKD診療ガイドライン2018 (日本腎臓病学会)					
重症化予防対象	Ⅱ度高血圧以上	心房細動	LDL-C 180mg/dl以上	中性脂肪 300mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	HbA1c(NGSP) 6.5%以上 (治療中:7.0以上)	腎臓専門医 紹介基準対象者					
該当者数	522   7.3%	4   0.1%	388   5.4%	267   3.7%	1,700   23.9%	638   9.0%	700   9.8%					
治療なし	298   6.5%	1   0.0%	365   6.7%	202   3.7%	371   9.5%	284   4.4%	247   6.3%					
(再掲) 特定保健指導	140   26.8%	0   0.0%	130   33.5%	89   33.3%	371   21.8%	89   13.9%	90   12.9%					
治療中	224   8.8%	3   0.1%	23   1.4%	65   3.9%	1,329   41.2%	354   52.0%	453   14.0%					
臓器障害 あり	109   36.6%	1   100.0%	60   16.4%	50   24.8%	83   22.4%	66   23.2%	247   100.0%					
CKD(専門医対象者)	22	0	34	22	32	40	247					
心電図所見あり	96	1	28	30	57	30	21					
臓器障害 なし	189   63.4%	--	305   83.6%	152   75.2%	288   77.6%	218   76.8%	--					
							重症化予防対象者 (実人数)					
							2,919   41.0%					
							1,074   27.5%					
							587   20.1%					
							1,845   57.2%					
							366   34.1%					
							247					
							140					
							--					

■各疾患の治療状況

	治療中	治療なし
高血圧	2,539	4,588
脂質異常症	1,664	5,463
糖尿病	681	6,446
3疾患 いずれか	3,226	3,901

※問診結果による

出典・参照：特定健診等データ管理システム

# 1. 糖尿病性腎症重症化予防

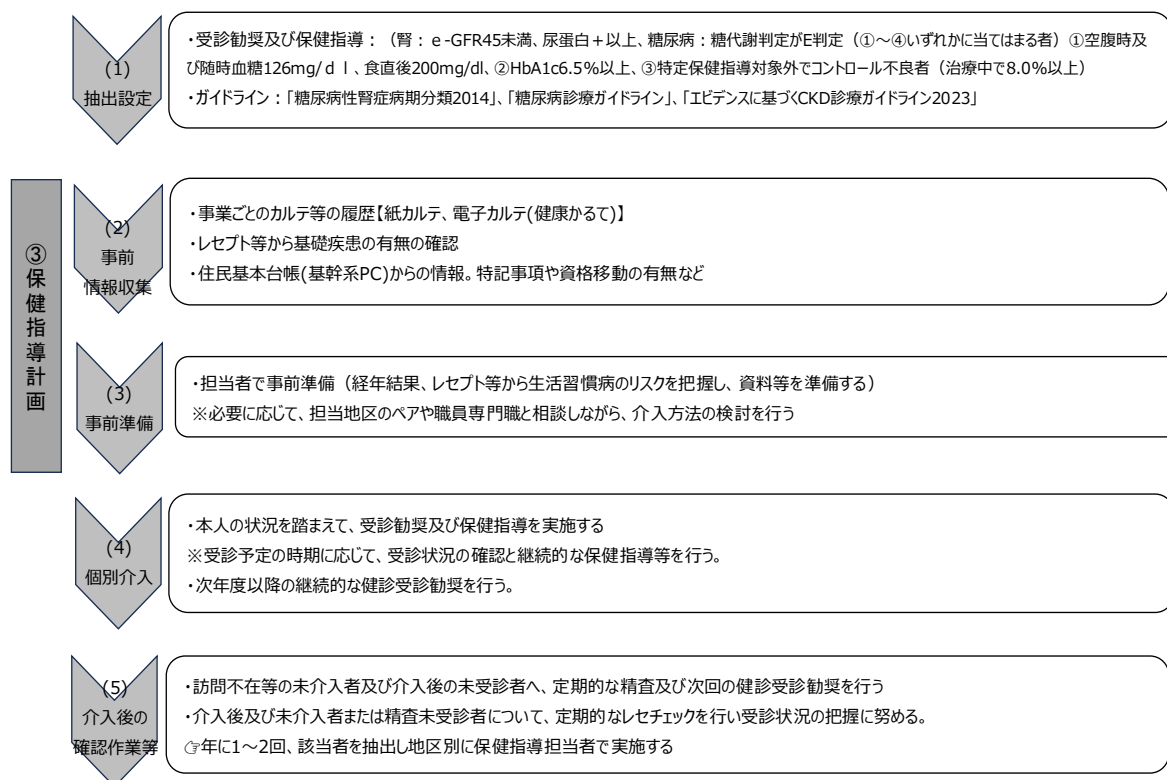
## 1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」(平成 31 年 4 月 25 日改定 日本医師会 日本糖尿病推進会議 厚生労働省)及び沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施していきます。

なお、取組にあたっては(図表 52)に沿って実施します。

- (1) 健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2) 治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3) 糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

図表 52 糖尿病性腎症重症化対象者の選定から保健指導計画策定までの流れ



## 2) 対象者の明確化

### (1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては、沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とします。

- ① 医療機関未受診者

②医療機関受診中断者

③糖尿病治療中者

高血圧、脂質異常症、腎機能低下、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

### 3) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には、血糖値と血圧のコントロールが重要です。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってきます。

(2) 二次検査等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第 2 期を逃す恐れがあります。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、二次検査で尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指します。

### 4) 医療との連携

うるま市・沖縄市 CKD(慢性腎臓病)病診連携医登録事業における病診連携システム等を活用し、医療機関受診後においてもかかりつけ医と腎臓専門医が連携して重症化予防を図る体制づくりに努めます。治療中の者については糖尿病連携手帳等を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらうなど、情報共有を図り支援を行います。

### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

### 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとし、その際は市管理データ及び KDB 等の情報を活用します。また、中長期的評価においては、図表 53 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価を活用します。

#### 短期的評価

①受診勧奨者に対する評価

ア. 受診勧奨対象者への介入率

イ. 医療機関受診率

ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

②保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 市管理データ等で、介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m<sup>2</sup>以上低下）

○尿蛋白の変化

図表 53 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目		突合表	保険者						同規模保険者（平均）		データ基	
			R02年度		R03年度		R04年度		R04年度同規模保険者数103			
			実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	42,173人		40,973人		40,546人				KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲) 40-74歳		25,162人		25,023人		24,954人					
2	① 対象者数	B	22,483人		22,134人		21,492人				市町村国保 特定健康診査・特定保健指導状況概況報告書 ※2、3は、法定報告値に変更	
	② 特定健診 受診者数	C	5,837人		6,406人		6,661人					
	③ 受診率		26.0%		28.9%		31.0%					
3	① 特定 対象者数		978人		1,066人		1,044人					
	② 保健指導 実施率		62.0%		59.6%		56.8%					
4	① 健診データ	糖尿病型	E	918人	15.0%	940人	13.8%	1,034人	14.5%			特定健診結果 (データ集計仕様上、分母は2、3の法定報告ではなく、健診受診者(全体)の為、値が異なります) 【参考】 R2年度6,128人 R3年度6,798人 R4年度7,133人
		② 未治療・中断者 (質問票 服薬なし)	F	279人	30.4%	296人	31.5%	351人	33.9%			
		③ 治療中 (質問票 服薬あり)	G	639人	69.6%	644人	68.5%	683人	66.1%			
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上#又は空腹時血糖130以上	J	430人		410人		459人		67.2%		
		⑤ 血圧 130/80以上		296人		272人		310人		67.5%		
		⑥ 肥満 BMI25以上	K	278人		262人		283人		61.7%		
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹時血糖130未満		209人		234人		224人		32.8%		
		⑧ 第1期 尿蛋白 (-)	M	624人		676人		773人		74.8%		
		⑨ 第2期 尿蛋白 (±)		136人		136人		138人		13.3%		
		⑩ 第3期 尿蛋白 (+) 以上		140人		108人		106人		10.3%		
		⑪ 第4期 eGFR30未満		16人		16人		15人		1.5%		
5	① レセプト	糖尿病受療率 (被保険者対)		49.9人		55.3人		57.4人				KDB_厚生労働省様式様式3-2
		② (再掲) 40-74歳 (被保険者対)		81.7人		88.3人		91.0人				
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内は糖尿病者対		入院外 (件数)	12,949件 (520.4)	13,876件 (560.3)	13,523件 (559.0)	16,155件 (806.2)			KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④ 入院 (件数)	83件 (3.3)	68件 (2.7)	59件 (2.4)	67件 (3.9)						
		⑤ 糖尿病治療中	H	2,104人		2,266人		2,329人		5.7%		
		⑥ (再掲) 40-74歳		2,056人		2,210人		2,271人		9.1%		
		⑦ 健診未受診者	I	1,417人		1,566人		1,588人		69.9%		KDB_厚生労働省様式様式3-2
		⑧ インスリン治療	O	170人		203人		199人		8.5%		
		⑨ (再掲) 40-74歳		166人		197人		188人		8.3%		
		⑩ 糖尿病性腎症	L	364人		421人		407人		17.5%		
		⑪ (再掲) 40-74歳		357人		413人		394人		17.3%		
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		80人		80人		63人		2.7%		
		⑬ (再掲) 40-74歳		79人		80人		63人		2.8%		
		⑭ 新規透析患者数		15人	18.8%	8人	10.0%	15人	23.8%			
		⑮ (再掲) 糖尿病性腎症	7人	8.8%	4人	5.0%	8人	12.7%				
		⑯ 【参考】後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		88人	4.0%	89人	3.8%	88人	3.8%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー
6	① 医療費	総医療費		108億9090万円	114億8016万円	116億2681万円	87億1825万円				KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
		② 生活習慣病総医療費		53億2952万円	54億6049万円	52億9500万円	46億0048万円					
		③ (総医療費に占める割合)		49.3%	47.6%	45.5%	52.8%					
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	4,229円		4,912円		5,338円		5,521円		
		⑤ 健診未受診者		47,727円		49,245円		46,617円		39,563円		
		⑥ 糖尿病医療費		4億4910万円	4億6368万円	4億4850万円	4億7740万円					
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.4%	8.5%	8.5%	10.4%					
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		14億8033万円	15億0604万円	14億7847万円						
		⑨ 1件あたり		49,313円	48,485円	48,716円						
		⑩ 糖尿病入院総医療費		11億5693万円	11億1441万円	10億9946万円						
		⑪ 1件あたり		708,468円	730,282円	783,650円						
		⑫ 在院日数		19日	18日	17日						
		⑬ 慢性腎不全医療費		6億7273万円	5億7977万円	5億3546万円	4億1714万円					
		⑭ 透析有り		6億3432万円	5億4782万円	5億0790万円	3億9180万円					
		⑮ 透析なし		3841万円	3196万円	2756万円	2534万円					
7	① 介護	介護給付費		87億8942万円	89億5790万円	90億7676万円	95億8144万円					
		② (2号認定者) 糖尿病合併症	28件	28.9%	21件	21.4%	21件	20.4%				
8	① 死亡	糖尿病 (死因別死亡数)		26人	2.7%	22人	2.2%	24人	2.1%	13人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題



## 2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防

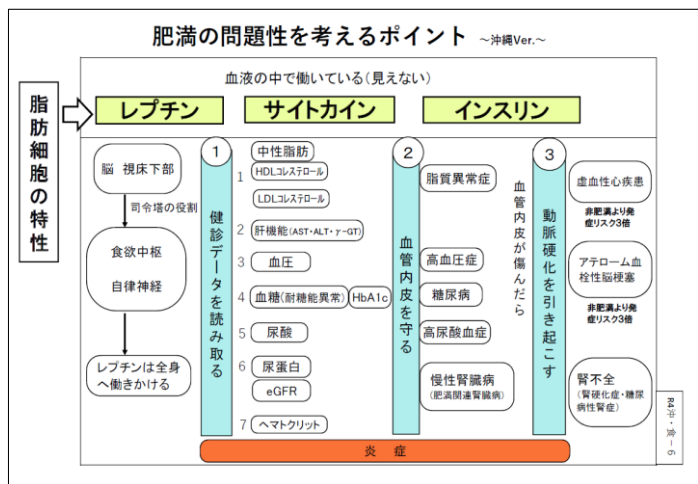
### 1) 基本的な考え方

メタボリックシンドロームは、内臓脂肪の蓄積に加えて、脂質異常、血圧高値、高血糖の3項目のうち2項目以上を満たす場合とされています(図表 54)。内臓脂肪が蓄積されると、血管を損傷して動脈硬化を引き起こします(図表 55)。さらに、心血管疾患、脳血管疾患、腎機能障害等の重症化疾患の大きな要因となる事から、予防可能な段階で望ましい食生活や適度な運動、良質な睡眠等の生活習慣の改善や、必要に応じて医療受診を行う事が大切です。

図表 54) メタボリックシンドローム診断基準

<p>1. 必須項目：内臓脂肪(腹腔内脂肪)蓄積                  ○ウエスト周囲長                  男性 85 cm以上、女性 90 cm以上                  (内臓脂肪面積男女とも 100 cm<sup>2</sup>に相当)</p> <p>2. 上記 1に加え、以下の 3 項目のうち 2 項目以上を満たすものをメタボリックシンドロームと診断する</p> <p>○脂質異常                  ・トリグリセライド(中性脂肪)値 150 mg/dL 以上かつ/または                  ・HDL-C40mg/dL 未満</p> <p>○血圧高値                  収縮期血圧 130mmHg 以上かつ/または                  拡張期血圧 85mmHg 以上</p> <p>○高血糖                  空腹時血糖値 110mg/dL 以上</p>
--

図表 55) 肥満の問題性を考えるポイント ～沖縄版～ (R4 沖・食-6)



出展：令和4年度版 沖縄 食ノート肥満を解決するための食の資料 ver3 (令和5年3月 沖縄県ヘルスアップ支援事業)

### 2) 肥満の状況

(1) 肥満度分類に基づき、実態把握をします。

図表 56 肥満度分類による実態

	受診者数		BMI25以上		(再掲)肥満度分類								
					肥満				高度肥満				
					肥満Ⅰ度 BMI25～30未満		肥満Ⅱ度 BMI30～35未満		肥満Ⅲ度 BMI35～40未満		肥満Ⅳ度 BMI40以上		
					40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳	
総数	3,153	3,980	1,231	1,569	909	1,301	242	219	63	42	17	7	
				39.0%	39.4%	28.8%	32.7%	7.7%	5.5%	2.0%	1.1%	0.5%	0.2%
再掲	男性	1,465	1,768	709	819	542	696	132	108	27	14	8	1
	女性	1,688	2,212	522	750	367	605	110	111	36	28	9	6
				30.9%	33.9%	21.7%	27.4%	6.5%	5.0%	2.1%	1.3%	0.5%	0.3%

出典・参照：特定健診等データ管理システム

### 3) 対象者の明確化

図表 57 年代別メタボリック該当者の状況

		男性					女性					
		総数	40代	50代	60代	70～74歳	総数	40代	50代	60代	70～74歳	
健診受診者	A	3,233	469	598	1,147	1,019	3,900	546	626	1,450	1,278	
メタボ該当者	B	1,145	119	191	413	422	557	25	72	207	253	
	B/A	35.4%	25.4%	31.9%	36.0%	41.4%	14.3%	4.6%	11.5%	14.3%	19.8%	
再掲	① 3項目全て	C	388	26	56	145	161	174	6	19	67	82
		C/B	33.9%	21.8%	29.3%	35.1%	38.2%	31.2%	24.0%	26.4%	32.4%	32.4%
	② 血糖+血圧	D	187	12	21	74	80	71	3	15	23	30
		D/B	16.3%	10.1%	11.0%	17.9%	19.0%	12.7%	12.0%	20.8%	11.1%	11.9%
	③ 血圧+脂質	E	517	72	104	179	162	287	15	29	108	135
		E/B	45.2%	60.5%	54.5%	43.3%	38.4%	51.5%	60.0%	40.3%	52.2%	53.4%
	④ 血糖+脂質	F	53	9	10	15	19	25	1	9	9	6
		F/B	4.6%	7.6%	5.2%	3.6%	4.5%	4.5%	4.0%	12.5%	4.3%	2.4%

出典・参照：KDBシステム改変 様式（5-3）

図表 58 メタボリック該当者の治療状況

	男性								女性							
	受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無				受診者	メタボ該当者		3疾患治療の有無					
		人数	割合	あり	なし		あり		なし		人数	割合	あり	なし		
総数	3,233	1,145	35.4%	870	76.0%	275	24.0%	3,900	557	14.3%	461	82.8%	96	17.2%		
40代	469	119	25.4%	43	36.1%	76	63.9%	546	25	4.6%	16	64.0%	9	36.0%		
50代	598	191	31.9%	120	62.8%	71	37.2%	626	72	11.5%	44	61.1%	28	38.9%		
60代	1,147	413	36.0%	338	81.8%	75	18.2%	1,450	207	14.3%	178	86.0%	29	14.0%		
70～74歳	1,019	422	41.4%	369	87.4%	53	12.6%	1,278	253	19.8%	223	88.1%	30	11.9%		

出典・参照：特定健診等データ管理システム

年代別のメタボリックシンドローム該当者(図表 57)は、男女とも年代が上がるとメタボリックシンドロームの割合も増えています。項目の組み合わせでは、血圧+脂質が男性 45.2%女性 51.5%と最も多く、高血圧と脂質の対策が必要です。

メタボリックシンドローム該当者のリスク因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症の治療状況(図表 58)は、男性 76%、女性 82.8%が治療中です。

内臓脂肪は、不規則な食習慣や運動不足等の生活習慣の乱れが主な要因である事から、食事療法や運動療法による生活改善と、病態に応じた薬物療法も併せて行う必要があります。

#### (1) 対象者の選定基準の考え方

- ① メタボリックシンドロームの個々の因子である血圧、高血糖、脂質の値が、受診勧奨判定値以上の医療受診が必要な者には、適切な受診のための保健指導を行います。
- ② 特定保健指導対象者の保健指導(食事・運動指導)
- ③ 治療中のコントロール不良者へは、治療継続を促すと共に必要に応じた保健指導を行います。

## (2)対象者の管理

対象者の進捗管理は、市管理データ等を活用し管理します。

## 4) 保健指導の実施

### (1)最新の脳科学を活用した保健指導

対象者への保健指導については、メタボリックシンドロームの定義と診断基準、最新肥満症学、肥満症治療ガイドライン 2022 等を参考に行っていきます。

### (2) 二次検査の実施

メタボリックシンドローム該当者においては、脳・心血管疾患のリスクが非常に高くなるため、対象者には引き続き二次検査を実施していきます。

#### ◎二次検査の項目

- ①頸動脈エコー検査（心臓から頭に向かう太い血管内皮の状態を見る検査）
- ②負荷心電図（心臓の状態を詳しく見る検査）
- ③微量アルブミン検査（尿で腎臓の状態を見る検査）
- ④75 g 糖負荷検査（耐糖能及びインスリン分泌反応を見る検査）
- ⑤一般血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査、腎機能検査、尿酸検査）
- ⑥推定 1 日塩分摂取量検査（随時尿にて推定 1 日塩分摂取量を算定する検査）

## 5) 評価

評価を行うにあたっては、データヘルス計画の評価等と合わせ年 1 回行うものとしします。その際は市管理データ及び KDB 等の情報を活用します。

### 3. 虚血性心疾患重症化予防

#### 1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2019、冠動脈疾患の一次予防に関する診療ガイドライン 2023 改訂版、動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2022 年版に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていきます。

#### 2) 対象者の明確化

##### (1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては、高血圧・肥満等の健診結果(判定基準)や、詳細健診で行う心電図検査を基に、『動脈硬化性疾患予防ガイドライン(2022 年度版)』を参考に、進めていきます。

##### (2) 重症化予防対象者の抽出

###### ①心電図検査からの把握

心電図検査は最も基本的な心臓の検査で、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心肥大などの評価に用いられます。また、虚血性心疾患重症化予防においても重要な検査の1つであり、「安静時心電図にST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であると共に、血圧や血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要があります。

本市では、安静時心電図検査を R4 年度 7,133 名中 1,067 名(15.0%)に実施し、異常ありは 601 名(56.3%)で、その中で ST 所見有は 44 名(4.1%)でした。(図表 59)

図表 59 特定健診受診者(詳細健診)の心電図検査結果(有所見状況)

	健診受診者【a】		安静時心電図【b】		異常あり【c】		ST所見有【d】		その他所見【e】		異常なし【f】	
	人		人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
令和元年度	8,472		1328	15.7%	733	55.2%	58	4.4%	675	50.8%	595	44.8%
令和2年度	6,138		805	13.1%	453	56.3%	26	3.2%	427	53.0%	352	43.7%
令和3年度	6,801		960	14.1%	548	57.1%	55	5.7%	493	51.4%	412	42.9%
令和4年度	7,133		1067	15.0%	601	56.3%	44	4.1%	557	52.2%	466	43.7%

###### ②心電図以外からの把握

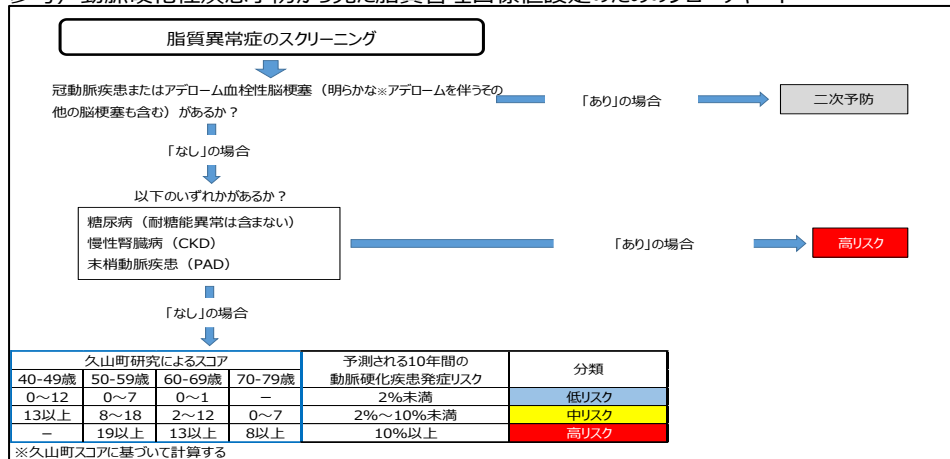
心電図検査で異常がないまたは心電図検査を実施していないが、肥満・高血圧・高血糖・脂質異常のリスクがある場合は、狭心症リスクを想定して積極的に保健指導を行う必要があります。

また、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又は LDL コレステロールに関連することからタイプ別に把握します。

A:メタタイプについては、第4章「2. 肥満・メタボリックシンドローム重症化予防」(図表 57・58)を参照します。

B:LDL コレステロールタイプ<sup>o</sup>(図表 60)

参考) 動脈硬化性疾患予防から見た脂質管理目標値設定のためのフローチャート



参考) 久山町スコアによる動脈硬化性疾患発症予測モデル (動脈硬化疾患予防ガイドライン 2022 年度版より改変)

①性別	ポイント	④血清LDL-C	ポイント	ポイント合計	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70-79歳
女性	0	<120mg/dL	0	0	<1.0%	<1.0%	1.7%	3.4%
男性	7	120-139mg/dL	1	1	<1.0%	<1.0%	1.9%	3.9%
		140-159mg/dL	2	2	<1.0%	<1.0%	2.2%	4.5%
		160mg/dL~	3	3	<1.0%	1.1%	2.6%	5.2%
				4	<1.0%	1.3%	3.0%	6.0%
				5	<1.0%	1.4%	3.4%	6.9%
				6	<1.0%	1.7%	3.9%	7.9%
				7	<1.0%	1.9%	4.5%	9.1%
				8	1.1%	2.2%	5.2%	10.4%
				9	1.3%	2.6%	6.0%	11.9%
				10	1.5%	3.0%	6.9%	13.6%
				11	1.7%	3.4%	7.9%	15.5%
				12	1.9%	3.9%	9.1%	17.7%
				13	2.2%	4.5%	10.4%	20.2%
				14	2.6%	5.2%	11.9%	22.9%
				15	3.0%	6.0%	13.6%	25.9%
				16	3.4%	6.9%	15.5%	29.3%
				17	3.9%	7.9%	17.7%	33.0%
				18	4.5%	9.1%	20.2%	37.0%
				19	5.2%	10.4%	22.9%	41.1%

図表 60 冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標

管理区分及びLDL管理目標		健診結果 (LDL-C)				(再掲) LDL160以上の年代別					
		120-139	140-159	160-179	180以上	40代	50代	60代	70~74歳		
3,404		1,421	1,039	579	365	124	205	373	242		
		41.7%	30.5%	17.0%	10.7%	13.1%	21.7%	39.5%	25.6%		
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後、薬物療法の適応を考慮する	低リスク	160未満 (190未満)	646	325	171	103	47	64	86	0	0
			19.0%	22.9%	16.5%	17.8%	12.9%	51.6%	42.0%	0.0%	0.0%
	中リスク	140未満 (170未満)	1,310	500	439	222	149	27	55	201	88
			38.5%	35.2%	42.3%	38.3%	40.8%	21.8%	26.8%	53.9%	36.4%
高リスク	120未満 (150未満)	1,376	559	408	245	164	32	62	166	149	
		40.4%	39.3%	39.3%	42.3%	44.9%	25.8%	30.2%	44.5%	61.6%	
再掲	100未満 (130未満) ※1	99	33	32	17	17	6	6	11	11	
		2.9%	2.3%	3.1%	2.9%	4.7%	4.8%	2.9%	2.9%	4.5%	
二次予防 生活習慣の是正と共に薬物療法を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往 ※2	100未満 (130未満)	72	37	21	9	5	1	2	6	5
		2.1%	2.6%	2.0%	1.6%	1.4%	0.8%	1.0%	1.6%	2.1%	

※1 糖尿病性腎症2期以上または糖尿病 + 喫煙ありの場合に考慮  
 ※2 問診で脳卒中 (脳出血、脳梗塞等) または心臓病 (狭心症、心筋梗塞等) の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。治療が必要な方で医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、治療中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。

#### (2) 二次検査の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次検査にて安静時心電図検査、頸動脈超音波検査及びアルブミン尿検査を実施していきます。

#### (3) 対象者の管理

重症化しないための継続的な健診受診と、治療が必要な者への継続的な医療受診ができるよう、台帳等で経過を把握します。

### 4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、対象者には受診勧奨を行い、治療中の者には医療機関と連携して継続的な医療受診を促して必要に応じた保健指導を行います。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータの収集を図ります。

### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

### 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は市データ及び KDB 等の情報を活用します。

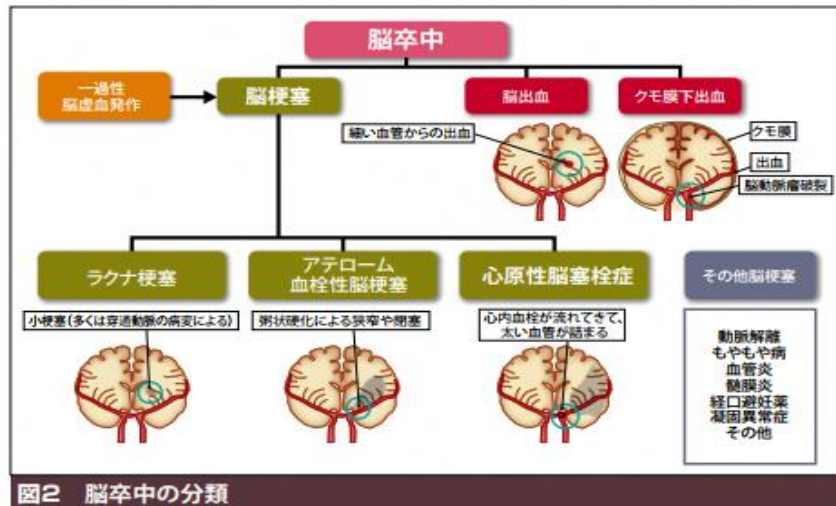
また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていきます。

## 4. 脳血管疾患重症化予防

### 1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めます。(図表 61,62)

図表 61 脳卒中の分類



(脳卒中予防の提言より引用)

図表 62 脳血管疾患とリスク因子

#### 脳血管疾患とリスク因子

リスク因子 (○はハイリスク等)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓 病(CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

### 2) 対象者の明確化

#### (1) 重症化予防対象者の抽出

脳血管疾患において高血圧は、最も重要な危険因子です。図表 63 でみると、高血圧治療者 8,897 人(H)のうち、既に脳血管疾患を起こしている人が 1,035 人(11.6%・O)でした。

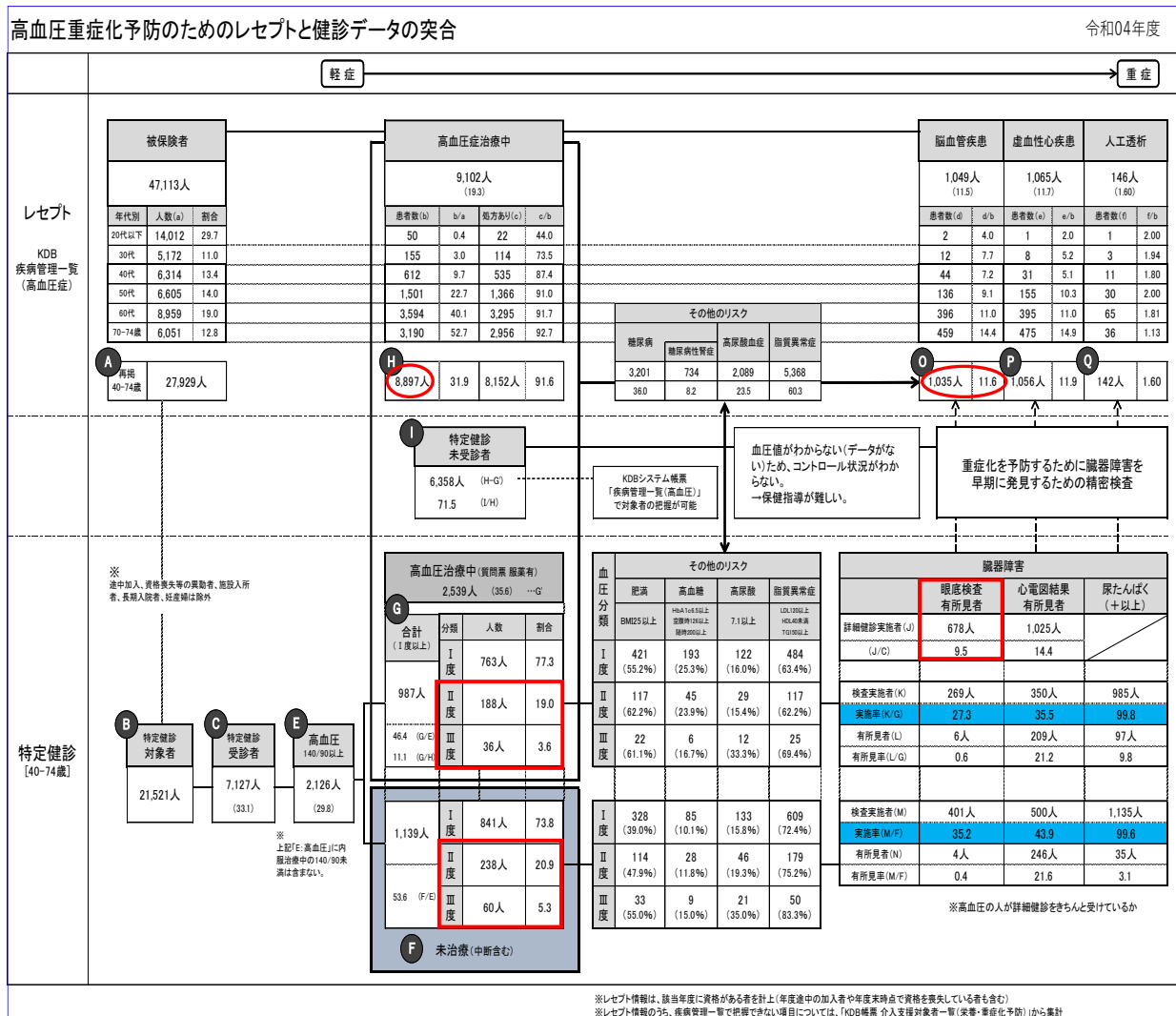
健診結果をみるとⅡ度高血圧以上が 522 人(7.3%)であり、そのうち 298 人(57%)は未治療者です。

医療機関未受診者の中にはメタボリックシンドローム該当者や血糖などのリスクを有する者もいることから、対象者の状態に応じて受診勧奨を行う必要があります。

また、高血圧治療中であってもⅡ度高血圧以上が 224 人いることがわかりました。治療中でリスクを有する場合は、医療機関と連携した保健指導が必要となってきます。

重症化を予防するための臓器障害を早期に発見するための眼底検査（詳細検査）は、678 人（9.5%）実施しています。

図表 63 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



出典・参照: KDB システム変更、特定健診等データ管理システム

(2) 保健指導対象者の明確化と優先順位

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与しています。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要があります。



図表 64 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

		令和04年度			
保健指導対象者の明確化と優先順位の設定		(参考) 高血圧治療ガイドライン2019 日本高血圧学会 p49 表3-1 脳心血管病に対する予後影響因子 p50 表3-2 診療室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化 p51 図3-1 初診時の血圧レベル別の高血圧管理計画			
特定健診受診結果より(降圧薬治療者を除く)					
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧
		130~139 /80~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上
	2,229	1,090 48.9%	841 37.7%	238 10.7%	60 2.7%
<b>リスク第1層</b> 予後影響因子がない	153 6.9%	<sup>C</sup> 91 8.3%	<sup>B</sup> 49 5.8%	<sup>B</sup> 13 5.5%	<sup>A</sup> 0 0.0%
<b>リスク第2層</b> 高齢(65歳以上)、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	1,334 59.8%	<sup>C</sup> 660 60.6%	<sup>B</sup> 503 59.8%	<sup>A</sup> 134 56.3%	<sup>A</sup> 37 61.7%
<b>リスク第3層</b> 脳心血管病既往、非弁膜症性心房細動、糖尿病、蛋白尿のいずれか、またはリスク2層の危険因子が3つ以上ある	742 33.3%	<sup>B</sup> 339 31.1%	<sup>A</sup> 289 34.4%	<sup>A</sup> 91 38.2%	<sup>A</sup> 23 38.3%

…高リスク  
 …中等リスク  
 …低リスク

区分		該当者数
A	ただちに薬物療法を開始	574 25.8%
	概ね1カ月後に再評価	904 40.6%
C	概ね3カ月後に再評価	751 33.7%

※1 脂質異常症は、問診結果で服薬ありと回答した者、または HDL-C<40、LDL-C≥140、中性脂肪≥150(随時の場合は>=175)、non-HDL≥170 のいずれかに該当した者で判断。  
出典・参照: 特定健診等データ管理システム

※2 糖尿病は、問診結果で服薬ありと回答した者、または空腹時血糖≥126、HbA1c≥6.5、随時血糖≥200 のいずれかに該当した者で判断。

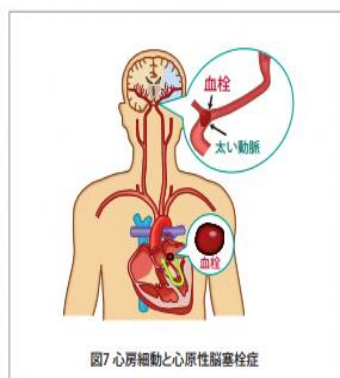
※3 脳心血管病既往については、問診結果で脳卒中(脳出血、脳梗塞等)または心臓病(狭心症、心筋梗塞等)の治療または医師から言われたことがあると回答した者で判断。

※4 非弁膜症性心房細動については、健診結果の「具体的な心電図所見」に「心房細動」が含まれている者で判断。

※5 尿蛋白については、健診結果より(±)以上で判断。

図表 64 は、血圧に基づいた脳心血管リスク層別化の表で、降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる(A)については、早急な受診勧奨が必要になってきます。

(3)心電図検査における心房細動の実態



心原性脳塞栓症とは、心臓にできた血栓が血流にのって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高くなります。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能です。

図表 65 は、特定健診受診者における心房細動の有所見の状況を見ています。

(脳卒中予防の提言より引用)

図表 65 心房細動有所見状況

	健診受診者		心電図検査実施者				心房細動有所見者				日循疫学調査 (※1)	
	男性	女性	男性		女性		男性		女性		男性	女性
	人数	人数	人数	実施率	人数	実施率	人数	割合	人数	割合	割合	割合
総数	3,229	3,898	514	15.9%	511	13.1%	4	0.8%	0	0.0%	--	--
40代	468	546	58	12.4%	33	6.0%	0	0.0%	0	0.0%	0.2%	0.04%
50代	597	626	89	14.9%	58	9.3%	0	0.0%	0	0.0%	0.8%	0.1%
60代	1,146	1,450	203	17.7%	202	13.9%	2	1.0%	0	0.0%	1.9%	0.4%
70～74歳	1,018	1,276	164	16.1%	218	17.1%	2	1.2%	0	0.0%	3.4%	1.1%

※1 日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有病率  
日本循環器学会疫学調査の70～74歳の値は、70～79歳

出典・参照:特定健診等データ管理システム

令和4年度の心電図検査において心房細動の所見がある4人は、健診後病院を受診し治療を開始していました。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があります。

### 3) 保健指導の実施

#### (1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行います。治療が必要な方で医療機関未受診である場合は受診勧奨を行います。また、治療中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行います。

#### (2) 二次検査の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要があり、対象者へは、二次検査で心電図検査、頸動脈超音波検査及びアルブミン検査を実施していきます。

#### (3) 対象者の管理

##### ①高血圧の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧以上を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていきます。

##### ②心房細動の管理

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は、医療機関への継続的な受診ができるように市管理データ等を活用し把握していきます。

#### 4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、対象者には受診勧奨を行い、治療中の者には医療機関と連携して継続的な医療受診を促して必要に応じた保健指導を行います。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していきます。

#### 5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施を行っていく中で、地域包括支援センターと連携していきます。

#### 6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていきます。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行います。その際は KDB 等の情報を活用します。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・虚血性心疾患等と合わせて行っていきます。

### Ⅲ. 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施

#### 1) 基本的な考え方

高齢者の特性を前提に、後期高齢者の自立した生活を実現し、健康寿命の延伸を図っていくためには、生活習慣病等の重症化を予防する取組みと、生活機能の低下を防止する取組みの双方を一体的に実施する必要性が高く、後期高齢者医療の保健事業と介護予防との一体的な実施を進める必要があります。

#### 2) 事業の実施

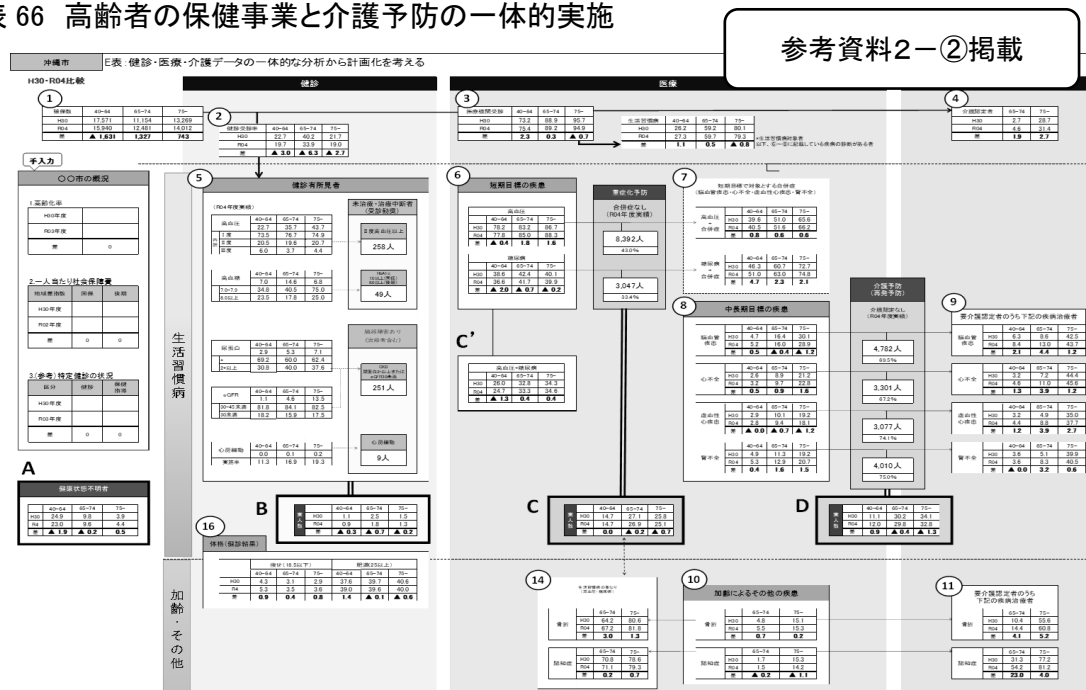
本市は、令和4年度より沖縄県後期高齢者医療広域連合から、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」事業を受託し事業を行っています。令和4年度は地域包括支援センター1圏域、令和5年度は2圏域で実施しており、令和7年度には全7圏域で事業を実施する予定となっています。具体的には、(図表 66)

##### ① 企画・調整等を担当する医療専門職を配置

KDB システム等を活用し、健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握し、医療・介護などの関係機関との連携調整を行います。

##### ② 地域を担当する医療専門職を配置し、75 歳を過ぎても支援が途切れないよう健診・医療・介護に繋がっていない健康状態不明者や、高血圧や高血糖で未治療・治療中断等の対象者を抽出し、高齢者に対する個別的支援(ハイリスクアプローチ)を行います。また、生活習慣病からのフレイル予防など健康教育や健康相談を実施していきます。(ポピュレーションアプローチ)

図表 66 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施



出典・参照：保険者データヘルス支援システム

## IV. 発症予防

生活習慣病が成人の死亡と深く関わることから、現在健康上の大きな課題であります。生活習慣の確立が小児期からの影響もある事を踏まえ、小児の生活習慣病及び肥満は、子どもたちの健康だけでなく、成人期の生活習慣病や動脈硬化性疾患の予防の視点から非常に重要であると考えます。

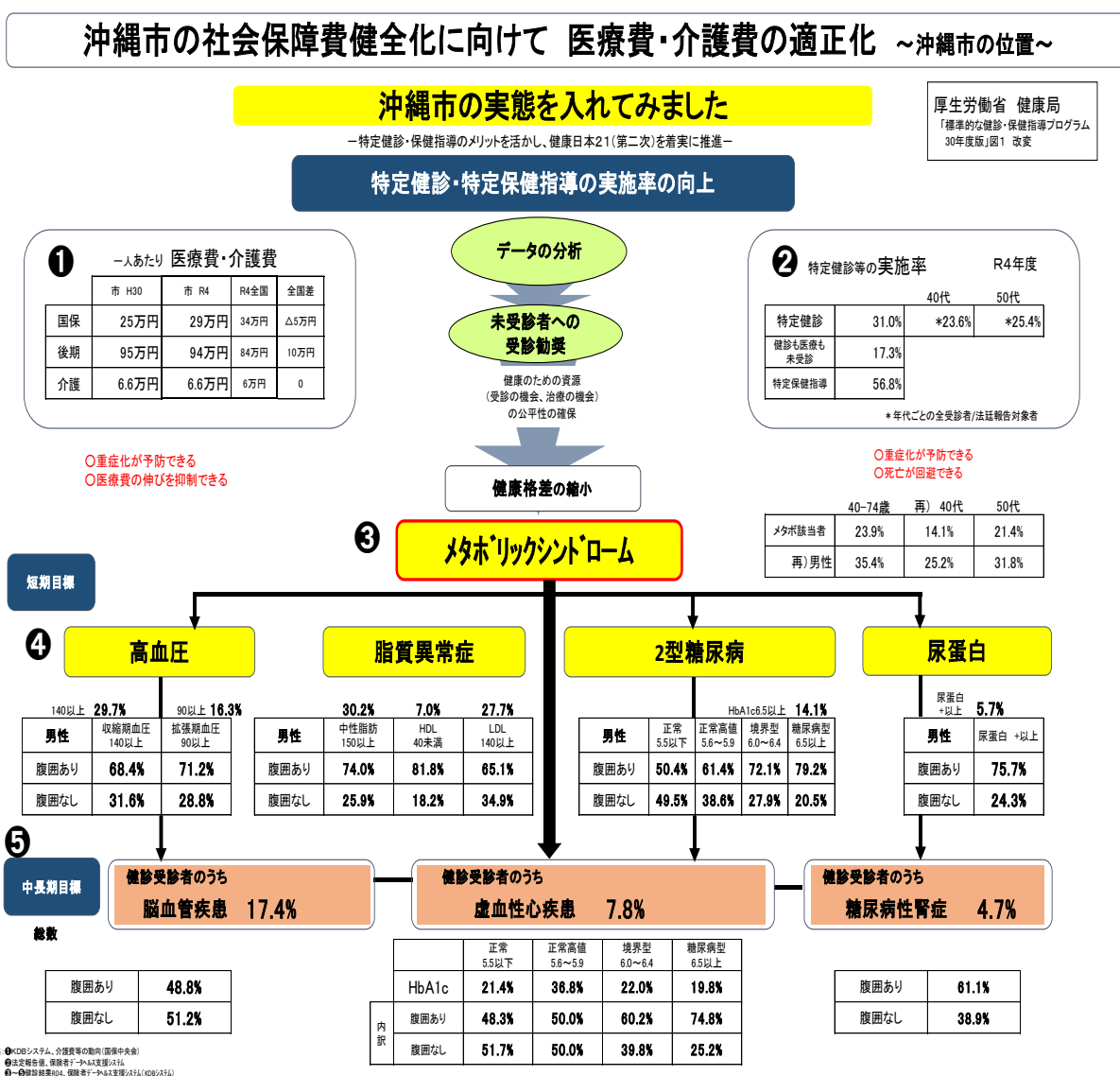
本市では、「ヘルシーおきなわシティ21」においてこどもの健やかな発育や生活習慣を形成するため、乳幼児期からではなく、妊娠前・妊娠期を含めて、生まれる前からの健康づくりに取り組み、「生涯にわたって健康な生活習慣が継続できる」ことを目指します。

## V. ポピュレーションアプローチ

特定健診受診者のメタボ該当者は年代が上がると割合が増えることや、高血圧、脂質異常症、2型糖尿病、尿蛋白で腹囲の基準値を超える者の有所見者の割合が多くなっている実態からもメタリックシンドロームの対策が重要です。(図表 67)

健診受診の勧めや生活習慣の振り返り、必要な場合は早めの医療機関受診を勧めること等を市民へ周知していきます。また、「ヘルシーおきなわシティ21」に基づき、健康行動や生活習慣の変容を支援する施策及び取り組みを実施します。

図表 67 社会保障費健全化に向けて医療費・介護費の適正化



出典・参照: 厚労省  
特定健診法定報告  
保険者データベース支援システム

(1) 広報・ホームページ等を活用した周知・啓発

生活習慣病の予防と重症化予防についての情報・知識を広く市民に周知啓発します。

(2) 個人へのインセンティブの実施

「おきはくん健康ポイント事業」において、ウォーキングや健診等の受診、健康づくり事業等への参加によって得られる健康ポイントのインセンティブにより、楽しみながら健康づくりに取り組める仕組みをつくり、実施していきます。



(3) 健康づくり講演会や各種健康教室の開催

健康づくり講演会、ウォーキング普及事業、健康づくり教室等、広く市民が参加できるイベント等を開催します。

(4) 地域を拠点とした健康づくりの実施

自治会を拠点として、健(検)診の受診勧奨、医師等による健康講話、ヘルシーメニューの調理実習、運動実技、健康づくりイベント等を実施します。

**ウォーキング教室**  
カラダもココロもリフレッシュ



1クール(3回)のウォーキング教室 定員20名  
申込締切: 6/2(金)正午(定員になり次第締め切)

日時・場所 (時間は全回 10:00~12:00(受付 9:30~))  
1回目: 6/6(火)【コザ運動公園 多目的運動場】  
2回目: 6/20(火)【コザ運動公園 多目的運動場】  
3回目: 7/4(火)【市役所~ヒストリート周辺】

対象: 沖縄市在住、在勤の方

準備するもの  
運動しやすい服装(運動靴、帽子)、飲み物、タオル

※お問い合わせ先: 健康推進課 健康推進係 健康推進係長  
TEL: 939-1212(内線2241) E-mail: oik@kenba@city.okinawa.lg.jp



## 第5章 計画の評価・見直し

### 1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の令和8年度に進捗確認のための中間評価を行います。  
また、計画の最終年度の令和11年度においては、次期計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要があります。

### 2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められています。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等の把握を行います。  
また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価していきます。



## 第6章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

### 1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされています。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等の関係団体経由で医療機関等に周知します。これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要です。

### 2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じます。

## 参考資料

参考資料1 様式 5-1 国・県・同規模と比べてみた沖縄市の位置

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

参考資料7 HbA1c の年次比較

参考資料8 血圧の年次比較

参考資料9 LDL-C の年次比較

様式5-1 国・県・同規模平均と比べてみた沖縄市の位置

R04年度

項目		保険者		同規模平均		県		国		データ元 (CSV)		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合			
1	① 人口構成	総人口		138,356		12,282,328		1,439,108	123,214,261			
		65歳以上(高齢化率)		28,854	20.9	3,577,856	29.1	324,708	22.6	35,335,805	28.7	
		75歳以上		13,721	9.9	--	--	155,559	10.8	18,248,742	14.8	
		65~74歳		15,133	10.9	--	--	169,149	11.8	17,087,063	13.9	
		40~64歳		45,779	33.1	--	--	472,258	32.8	41,545,893	33.7	
	39歳以下		63,723	46.1	--	--	642,142	44.6	46,332,563	37.6		
	② 産業構成		第1次産業		1.3	3.3	4.9	4.0				
			第2次産業		16.6	26.7	15.1	25.0				
			第3次産業		82.1	70.0	80.0	71.0				
	③ 平均寿命		男性		80.4	80.8	80.3	80.8				
		女性		87.2	87.0	87.5	87.0					
④ 平均自立期間 (要介護2以上)		男性		79.4	80.2	79.3	80.1					
		女性		84.3	84.4	84.2	84.4					
2	① 死亡の状況	標準化死亡率(SMR)		男性		100.7	99.3	99.3	100			
				女性		94.6	100.7	90.5	100			
		死因	がん		290	47.5	37,540	50.8	3,274	49.7	378,272	50.6
			心臓病		150	24.5	20,268	27.4	1,669	25.3	205,485	27.5
			脳疾患		102	16.7	10,174	13.8	978	14.8	102,900	13.8
			糖尿病		24	3.9	1,377	1.9	193	2.9	13,896	1.9
			腎不全		24	3.9	2,639	3.6	272	4.1	26,946	3.6
	自殺		21	3.4	1,929	2.6	205	3.1	20,171	2.7		
	② 早世予防から みた死亡 (65歳未満)		合計		200	14.5		2,003	13.3	130,867	8.3	
			男性		139	18.9		1,349	17.1	85,886	10.7	
		女性		61	9.4		654	9.1	44,981	5.8		
3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)		5,617	19.1	658,763	18.4	61,945	19.0	6,724,030	19.4	
		新規認定者		83	0.2	10,940	0.3	835	0.3	110,289	0.3	
		介護度別 総件数	要支援1.2		17,112	12.4	2,077,063	12.7	177,194	11.6	21,785,044	12.9
			要介護1.2		48,649	35.2	7,642,184	46.6	546,973	35.9	78,107,378	46.3
			要介護3以上		72,415	52.4	6,672,398	40.7	799,361	52.5	68,963,503	40.8
	2号認定者		229	0.50	15,752	0.38	2,135	0.45	156,107	0.38		
	② 有病状況	糖尿病		959	15.8	162,985	23.6	11,465	17.4	1,712,613	24.3	
		高血圧症		2,332	38.4	361,290	52.5	28,893	43.8	3,744,672	53.3	
		脂質異常症		1,521	24.6	220,989	31.8	17,395	26.0	2,308,216	32.6	
		心臓病		2,560	42.2	407,933	59.3	31,994	48.6	4,224,628	60.3	
脳疾患		1,149	19.3	153,310	22.6	14,271	21.9	1,568,292	22.6			
がん		504	7.9	78,258	11.2	5,539	8.2	837,410	11.8			
筋・骨格		2,458	40.0	358,731	52.1	29,667	44.9	3,748,372	53.4			
精神		1,673	27.8	247,133	36.1	20,229	31.0	2,569,149	36.8			
③ 介護給付費	一人当たり給付費/総給付費		314,575	9,076,761,162	275,832	986,888,262,898	324,737	105,444,836,581	290,668	1,074,274,226,889		
	1件当たり給付費(全体)		65,690		60,207		69,211		59,662			
	居宅サービス		52,654		41,618		51,518		41,272			
	施設サービス		303,880		295,426		301,929		296,364			
④ 医療費等	要介護認定別 医療費(40歳以上)		認定あり		12,139	8,676	11,002	8,610				
			認定なし		4,937	4,007	4,796	4,020				
4	① 国保の状況	被保険者数		39,585	2,500,428		388,055		27,488,882			
		65~74歳		10,343	26.1			119,076	30.7	11,129,271	40.5	
		40~64歳		13,849	35.0			134,131	34.6	9,088,015	33.1	
		39歳以下		15,393	38.9			134,848	34.7	7,271,596	26.5	
	加入率		28.6	20.4			27.0	22.3				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		9	0.2	825	0.3	90	0.2	8,237	0.3	
		診療所数		77	1.9	9,194	3.7	890	2.3	102,599	3.7	
		病床数		1,666	42.1	154,913	62.0	18,602	47.9	1,507,471	54.8	
		医師数		382	9.7	28,704	11.5	3,887	10.0	339,611	12.4	
		外来患者数		494.1		707.3		541.1		687.8		
入院患者数		16.8		19.1		19.0		17.7				
③ 医療費の 状況	一人当たり医療費		293,718	県内30位 同規模102位	359,130		318,310		339,680			
	受診率		510.863		726.377		560.174		705.439			
	外 来	費用の割合		54.1		59.4		53.6		60.4		
		件数の割合		96.7		97.4		96.6		97.5		
	入 院	費用の割合		45.9		40.6		46.4		39.6		
		件数の割合		3.3		2.6		3.4		2.5		
1件あたり在院日数		16.9日		16.3日		17.1日		15.7日				

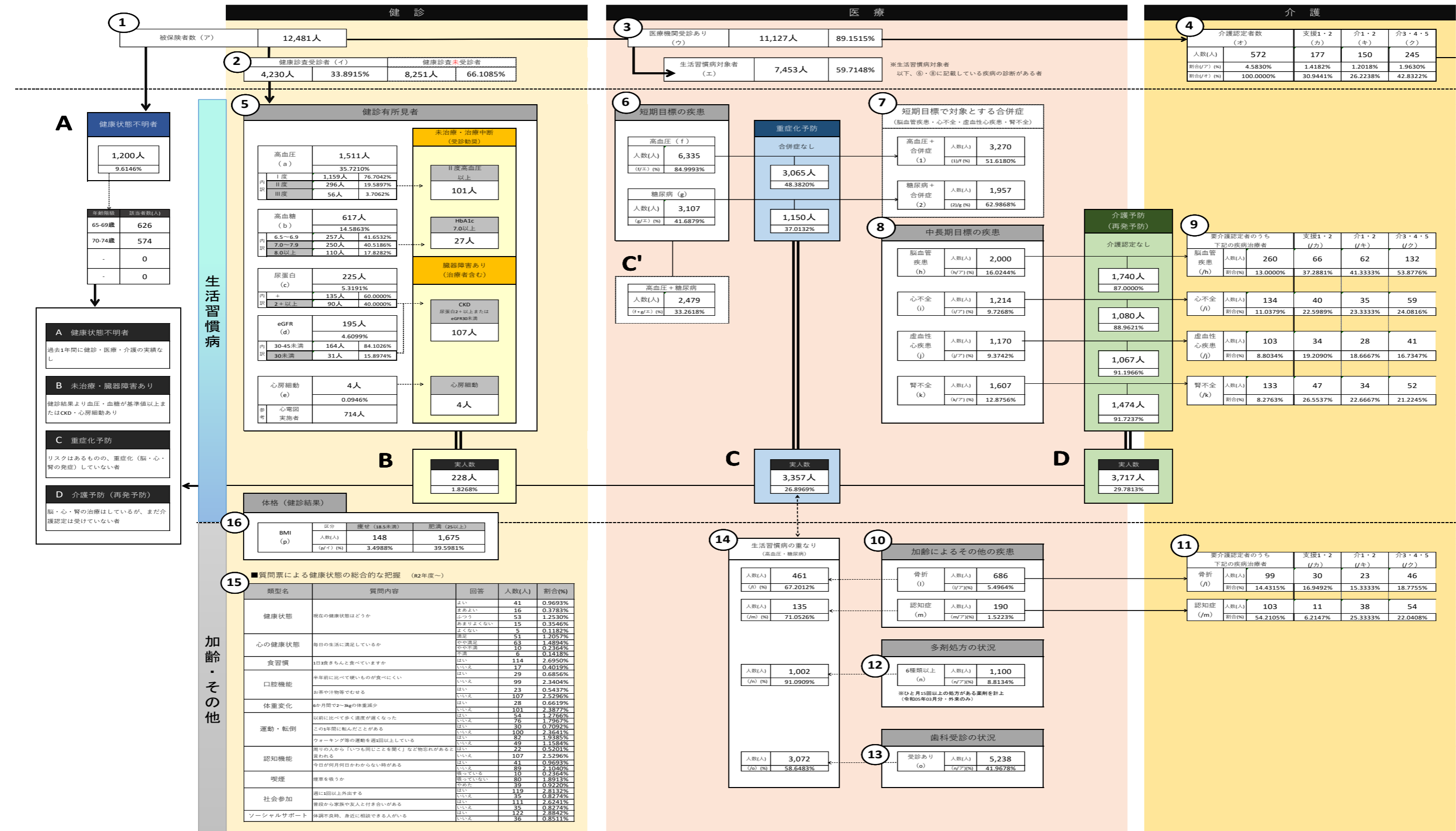
4	④	医療費分析 生活習慣病に 占める割合 最大医療資源傷病 名(調剤含む)	がん	1,398,311,370	26.4	31.8	25.9	32.2	KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題						
			慢性腎不全(透析あり)	507,897,120	9.6	8.5	12.0	8.2							
			糖尿病	448,501,500	8.5	10.4	8.3	10.4							
			高血圧症	232,437,800	4.4	5.9	4.8	5.9							
			脂質異常症	138,876,840	2.6	4.0	2.8	4.1							
			脳梗塞・脳出血	257,617,890	4.9	4.0	4.9	3.9							
			狭心症・心筋梗塞	230,315,160	4.3	2.9	3.3	2.8							
			精神 筋・骨格	1,191,086,890 839,384,830	22.5 15.9	15.4 16.2	20.9 16.0	14.7 16.7							
	⑤	医療費分析 一人当たり医 療費/入院医 療費に占める 割合	入院	高血圧症	226	0.2	283	0.2	313	0.2	256	0.2	KDB NO.43 疾病別医療費 分析(中分類)		
				糖尿病	720	0.5	1,237	0.8	896	0.6	1,144	0.9			
				脂質異常症	40	0.0	58	0.0	67	0.0	53	0.0			
				脳梗塞・脳出血	5,912	4.4	6,607	4.5	6,789	4.6	5,993	4.5			
				虚血性心疾患	4,959	3.7	4,287	2.9	4,321	2.9	3,942	2.9			
				腎不全	3,527	2.6	4,488	3.1	5,764	3.9	4,051	3.0			
		医療費分析 一人当たり医 療費/外来医 療費に占める 割合	外来	高血圧症	5,645	3.6	10,917	5.1	7,107	4.2	10,143	4.9			
				糖尿病	11,028	6.9	18,942	8.9	12,437	7.3	17,720	8.6			
				脂質異常症	3,468	2.2	7,585	3.6	4,322	2.5	7,092	3.5			
				脳梗塞・脳出血	536	0.3	922	0.4	689	0.4	825	0.4			
				虚血性心疾患	1,154	0.7	1,857	0.9	1,444	0.8	1,722	0.8			
⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	1,328		2,187		1,408		2,031	KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題				
			健診未受診者	11,598		13,404		11,533		13,295					
		生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	5,338		6,461		5,718		6,142					
			健診未受診者	46,617		39,594		46,845		40,210					
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	4,213	63.0	384,505	57.5	46,905	60.4	3,915,807	57.0	KDB NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	3,868	57.8	351,719	52.6	43,108	55.5	3,574,378	52.0					
		医療機関非受診率	345	5.2	32,786	4.9	3,797	4.9	341,429	5.0					
5	特定健診の 状況	県内市町村数 42市町村 同規模市区町村 数 103市町村	メタボ 該当 予備群 レベル	健診受診者	6,688		669,096		77,685		6,874,715	KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地域 の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握			
				受診率	30.9	県内38位 同規模94位	38.7	33.9	全国39位	37.6					
				特定保健指導終了者(実施率)	562	53.0	21,847	28.4	6,584	58.1	200,147		24.6		
				非肥満高血糖	449	6.7	60,817	9.1	5,183	6.7	620,920		9.0		
				メタボ	該当者	1,598	23.9	138,843	20.8	20,093	25.9		1,394,679	20.3	
					男性	1,064	34.9	94,793	32.9	13,940	37.3		974,740	32.0	
					女性	534	14.7	44,050	11.6	6,153	15.3		419,939	11.0	
					予備群	933	14.0	75,491	11.3	11,440	14.7		772,552	11.2	
					男性	605	19.9	51,982	18.0	7,770	20.8		545,269	17.9	
				女性	328	9.0	23,509	6.2	3,670	9.1	227,283		5.9		
				メタボ 該当 予備群 レベル	BMI	総数	2,848	42.6	236,213	35.3	35,105		45.2	2,402,739	35.0
						男性	1,870	61.4	161,381	56.0	24,011		64.2	1,683,310	55.3
						女性	978	26.9	74,832	19.7	11,094		27.5	719,429	18.8
						総数	452	6.8	31,519	4.7	4,674		6.0	323,039	4.7
						男性	82	2.7	4,673	1.6	718		1.9	51,832	1.7
						女性	370	10.2	26,846	7.1	3,956		9.8	271,207	7.1
						血糖のみ	37	0.6	4,100	0.6	571		0.7	43,981	0.6
						血圧のみ	680	10.2	53,626	8.0	8,410		10.8	544,462	7.9
						脂質のみ	216	3.2	17,765	2.7	2,459		3.2	184,109	2.7
血糖・血圧	241	3.6	19,946			3.0	2,928	3.8	205,051	3.0					
血糖・脂質	72	1.1	6,927			1.0	898	1.2	70,941	1.0					
血圧・脂質	756	11.3	66,907			10.0	9,632	12.4	664,823	9.7					
血糖・血圧・脂質	529	7.9	45,063			6.7	6,635	8.5	453,864	6.6					
6	問診の状況	服薬 既往歴	高血圧			2,426	36.3	247,265	37.0	31,753	40.9	2,447,012	35.6	KDB NO.1 地域全体像の把握	
			糖尿病	646	9.7	59,777	8.9	8,166	10.5	594,898	8.7				
			脂質異常症	1,597	23.9	196,000	29.3	20,544	26.4	1,914,768	27.9				
			脳卒中(脳出血・脳梗塞等)	113	1.9	21,484	3.3	2,473	3.4	208,631	3.1				
			心臓病(狭心症・心筋梗塞等)	166	2.8	37,120	5.8	4,889	6.8	367,800	5.5				
			腎不全	27	0.5	5,294	0.8	535	0.7	54,301	0.8				
6	生活習慣の 状況	喫煙 週3回以上朝食を抜く 週3回以上食後間食(～H29) 週3回以上就寝前夕食(H30～) 週3回以上就寝前夕食 食べる速度が速い 20歳時体重から10kg以上増加 1回30分以上運動習慣なし 1日1時間以上運動なし 睡眠不足 毎日飲酒 時々飲酒 一日飲酒量 1合未満 1～2合 2～3合 3合以上	喫煙	1,015	15.2	81,900	12.2	11,132	14.3	948,511	13.8	KDB NO.1 地域全体像の把握			
			週3回以上朝食を抜く	811	20.0	55,065	9.2	10,659	18.1	648,921	10.4				
			週3回以上食後間食(～H29)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0				
			週3回以上就寝前夕食(H30～)	865	21.3	84,894	14.2	13,686	23.2	985,237	15.8				
			週3回以上就寝前夕食	865	21.3	84,894	14.2	13,686	23.2	985,237	15.8				
			食べる速度が速い	1,198	29.5	155,285	26.0	17,740	30.1	1,672,149	26.8				
			20歳時体重から10kg以上増加	1,925	47.3	208,653	34.9	27,563	46.4	2,190,989	35.0				
			1回30分以上運動習慣なし	2,354	57.9	349,855	58.6	34,091	57.8	3,777,098	60.4				
			1日1時間以上運動なし	1,797	44.4	290,187	48.5	26,233	44.3	3,004,715	48.0				
			睡眠不足	1,097	27.3	145,296	24.4	16,448	28.9	1,599,845	25.6				
			毎日飲酒	717	17.7	150,899	24.0	11,817	19.7	1,671,390	25.5				
			時々飲酒	1,047	25.8	136,795	21.7	17,898	29.8	1,475,561	22.5				
			一日飲酒量	1,577	54.8	296,590	67.0	20,360	50.2	2,997,474	64.1				
			1～2合	766	26.6	99,265	22.4	12,117	29.9	1,110,546	23.7				
2～3合	366	12.7	37,167	8.4	5,825	14.4	438,404	9.4							
3合以上	169	5.9	9,705	2.2	2,219	5.5	130,123	2.8							

出典・参照：KDB、厚生労働省ホームページ(人口動態調査)

参考資料2 健診・医療・介護の一体的な分析

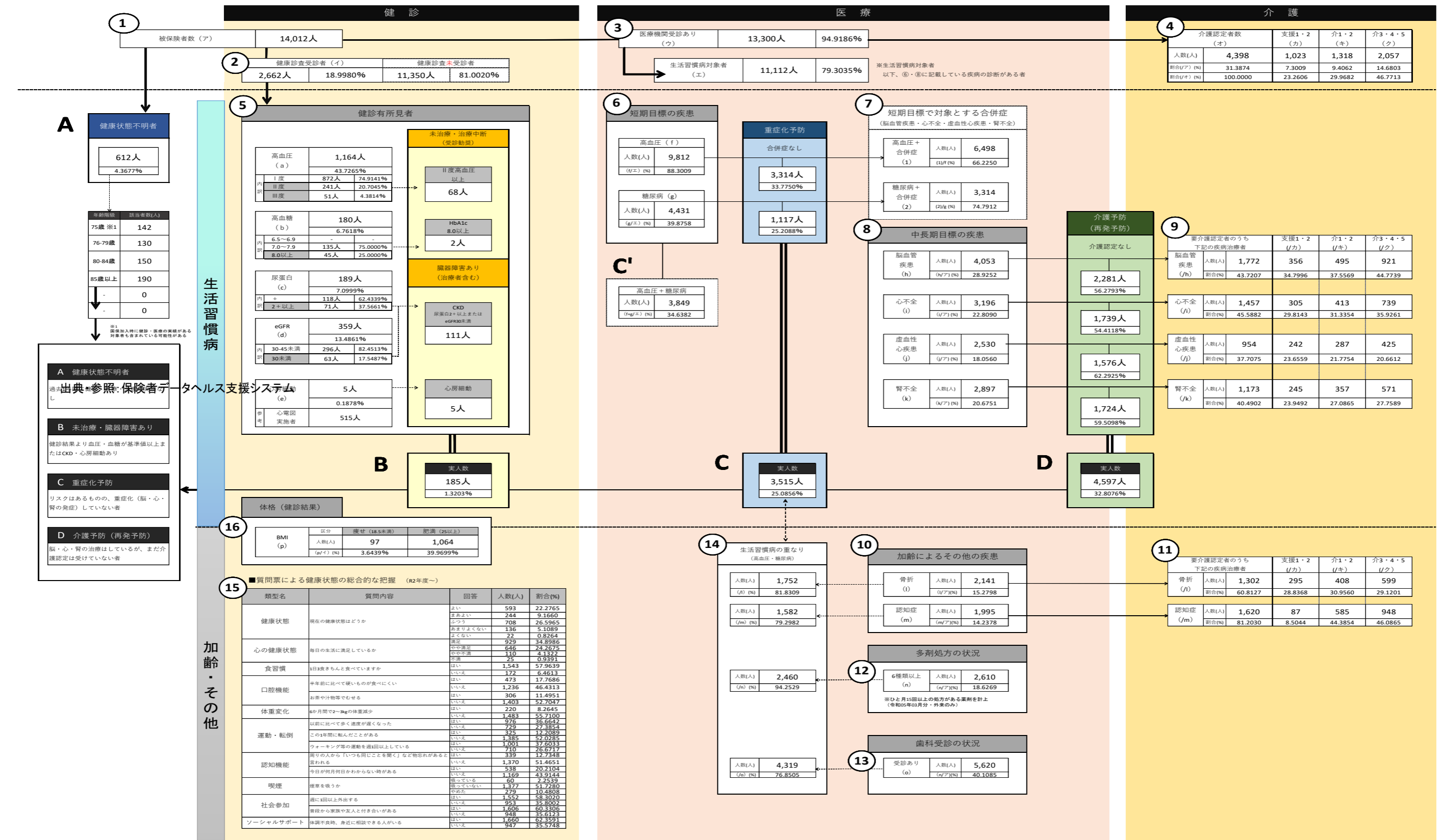
E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する。

①65歳～74歳（国保・後期合算）



E表：健診・医療・介護データの一体的な分析から重症化予防・介護予防対象者を把握する。

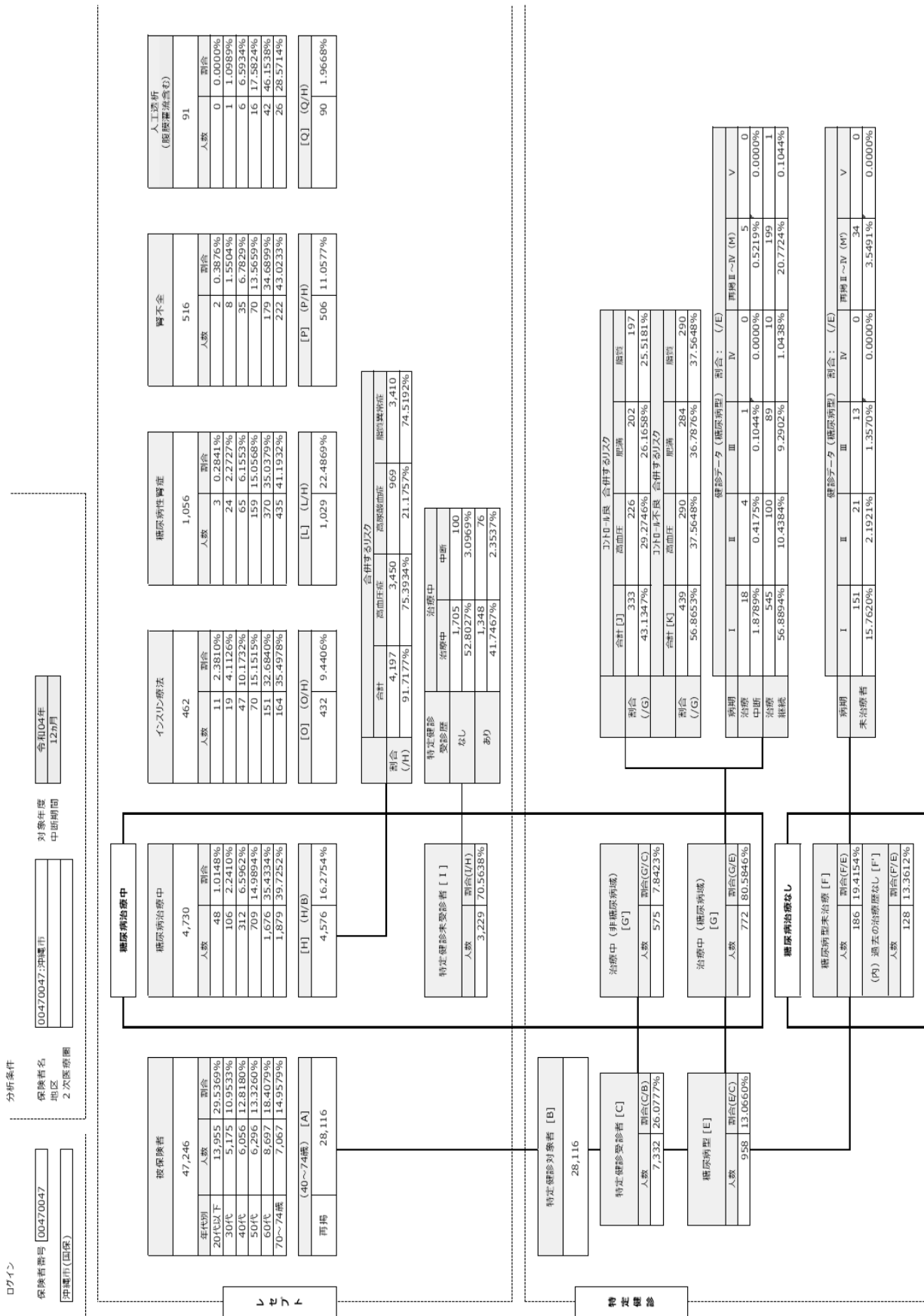
②75歳以上（後期）



参考資料3 糖尿病性腎症重症化予防の取組評価

項目	突合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基	
		R02年度		R03年度		R04年度		R04年度同規模保険者数103			
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合		
1	① 被保険者数	A	42,173人		40,973人		40,546人			KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
	② (再掲) 40-74歳		25,162人		25,023人		24,954人				
2	① 対象者数	B	22,483人		22,134人		21,492人			市町村国保 特定健康診査・特定保健 指導状況概況報告書 ※2、3は、法定報告欄に変更	
	② 特定健診 受診者数	C	5,837人		6,406人		6,661人				
	③ 受診率		26.0%		28.9%		31.0%				
3	① 特定 対象者数		978人		1,066人		1,044人				
	② 保健指導 実施率		62.0%		59.6%		56.8%				
4	健診 データ	① 糖尿病型	E	918人 15.0%	940人 13.8%	1,034人 14.5%					特定健診結果 (データ集計仕様上、分母 は2、3の法定報告とはな く、健診受診者(全体)の 為、値が異なります) 【参考】 R2年度6,128人 R3年度6,798人 R4年度7,133人
		② 未治療・中断者(首開票 服薬なし)	F	279人 30.4%	296人 31.5%	351人 33.9%					
		③ 治療中(首開票 服薬あり)	G	639人 69.6%	644人 68.5%	683人 66.1%					
		④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または血糖値130以上	J	430人 67.3%	410人 63.7%	459人 67.2%					
		⑤ 血圧 130/80以上		296人 68.8%	272人 66.3%	310人 67.5%					
		⑥ 肥満 BMI25以上		278人 64.7%	262人 63.9%	283人 61.7%					
		⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ血糖値130未満	K	209人 32.7%	234人 36.3%	224人 32.8%					
		⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	624人 68.0%	676人 71.9%	773人 74.8%					
		⑨ 第2期 尿蛋白(±)		136人 14.8%	136人 14.5%	138人 13.3%					
		⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		140人 15.3%	108人 11.5%	106人 10.3%					
		⑪ 第4期 eGFR30未満		16人 1.7%	16人 1.7%	15人 1.5%					
5	レセプト	① 糖尿病受療率(被保険者対)		49.9人	55.3人	57.4人				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		② (再掲) 40-74歳(被保険者対)		81.7人	88.3人	91.0人					
		③ レセプト件数 (40-74歳) (1)内訳被保険者 対	入院外(件数)	12,949件 (520.4)	13,876件 (560.3)	13,523件 (559.0)	16,155件 (806.2)			KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
		④	入院(件数)	83件 (3.3)	68件 (2.7)	59件 (2.4)	67件 (3.9)				
		⑤ 糖尿病治療中	H	2,104人 5.0%	2,266人 5.5%	2,329人 5.7%					
		⑥ (再掲) 40-74歳		2,056人 8.2%	2,210人 8.8%	2,271人 9.1%					
		⑦ 健診未受診者	I	1,417人 68.9%	1,566人 70.9%	1,588人 69.9%					
		⑧ インスリン治療	O	170人 8.1%	203人 9.0%	199人 8.5%					
		⑨ (再掲) 40-74歳		166人 8.1%	197人 8.9%	188人 8.3%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2	
		⑩ 糖尿病性腎症	L	364人 17.3%	421人 18.6%	407人 17.5%					
		⑪ (再掲) 40-74歳		357人 17.4%	413人 18.7%	394人 17.3%					
		⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		80人 3.8%	80人 3.5%	63人 2.7%					
		⑬ (再掲) 40-74歳		79人 3.8%	80人 3.6%	63人 2.8%					
		⑭ 新規透析患者数		15人 18.8%	8人 10.0%	15人 23.8%				厚生医療+※国保レセ (KDB_保険者支援システム)。	
		⑮ (再掲) 糖尿病性腎症		7人 8.8%	4人 5.0%	8人 12.7%					
		⑯ 【参考】後期高齢者慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		88人 4.0%	89人 3.8%	88人 3.8%				KDB_厚生労働省様式 様式3-2 ※後期ユーザー	
6	医療費	① 総医療費		108億0909万円	114億8016万円	116億2681万円	87億1825万円				
		② 生活習慣病総医療費		53億2952万円	54億6049万円	52億9500万円	46億0048万円				
		③ (総医療費に占める割合)		49.3%	47.6%	45.5%	52.8%				
		④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	4,229円	4,912円	5,338円	5,521円				
		⑤	健診未受診者	47,727円	49,245円	46,617円	39,563円				
		⑥ 糖尿病医療費		4億4910万円	4億6368万円	4億4850万円	4億7740万円				
		⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.4%	8.5%	8.5%	10.4%				
		⑧ 糖尿病入院外総医療費		14億8033万円	15億0604万円	14億7847万円				KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
		⑨ 1件あたり		49,313円	48,485円	48,716円					
		⑩ 糖尿病入院総医療費		11億5693万円	11億1441万円	10億9946万円					
		⑪ 1件あたり		708,468円	730,282円	783,650円					
		⑫ 在院日数		19日	18日	17日					
		⑬ 慢性腎不全医療費		6億7273万円	5億7977万円	5億3546万円	4億1714万円				
		⑭ 透析有り		6億3432万円	5億4782万円	5億0790万円	3億9180万円				
		⑮ 透析なし		3841万円	3196万円	2756万円	2534万円				
7	① 介護 介護給付費		87億8942万円	89億5790万円	90億7676万円	95億8144万円					
② (2号認定者) 糖尿病合併症		28件 28.9%	21件 21.4%	21件 20.4%							
8	① 死亡 糖尿病(死因別死亡数)		26人 2.7%	22人 2.2%	24人 2.1%	13人 1.1%			KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題		

参考資料4 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



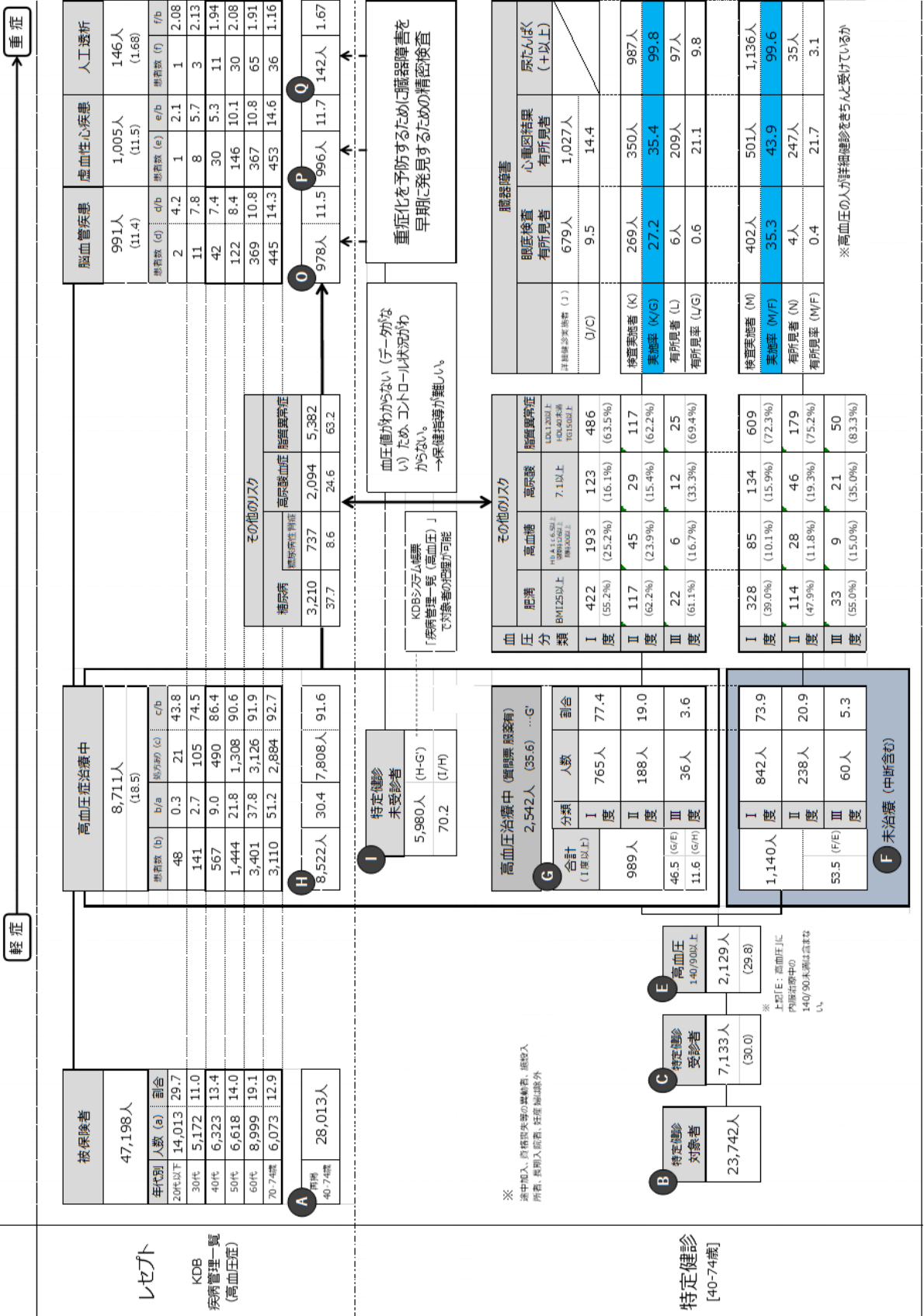
出典・参照: 保険者データヘルス支援システム



参考資料5 高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

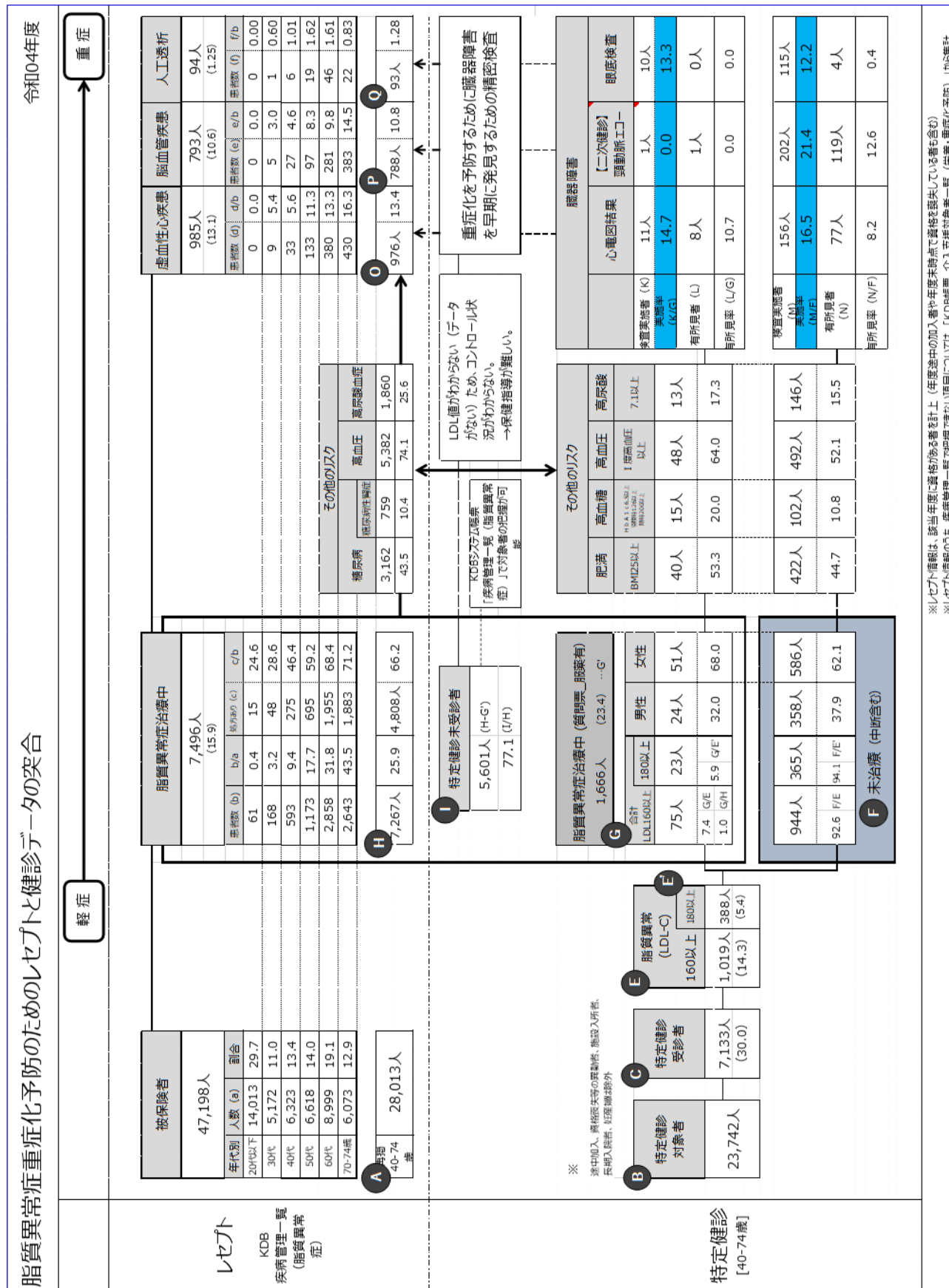
高血圧重症化予防のためのレセプトと健診データの突合

令和04年度



※レセプト情報は、該当年度に診療がある者で計上(年度途中の加入者や年度末時点で資格喪失している者を含む)  
※レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、「KDB標準」介入支援対象者一覧(疾病・重症化予防)から集計

参考資料6 脂質異常症重症化予防のためのレセプトと健診データの突合



※ 途中加入、異動等のある受診者、施設入所者、長期入院者、妊娠・産後除く

※ レセプト情報は、該当年度に資格がある者を計上 (年度途中の加入者や年度末時点で資格を喪失している者も含む)

※ レセプト情報のうち、疾病管理一覧で把握できない項目については、KDB標準「介入支援対象者一覧 (栄養・重症化予防)」から抽出

参考資料7 HbA1C の年次比較

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
H29	8,451	3,181	37.6%	3,218	38.1%	1,162	13.7%	369	4.4%	332	3.9%	189	2.2%	327	3.9%	134	1.6%		
H30	8,131	3,191	39.2%	3,021	37.2%	1,067	13.1%	371	4.6%	327	4.0%	154	1.9%	316	3.9%	111	1.4%		
R01	8,299	2,509	30.2%	3,392	40.9%	1,436	17.3%	399	4.8%	363	4.4%	200	2.4%	370	4.5%	136	1.6%		
R02	6,138	2,359	38.4%	2,280	37.1%	799	13.0%	270	4.4%	276	4.5%	154	2.5%	272	4.4%	111	1.8%		
R03	6,801	2,786	41.0%	2,491	36.6%	820	12.1%	289	4.2%	267	3.9%	148	2.2%	271	4.0%	106	1.6%		
R04	7,133	2,355	33.0%	2,865	40.2%	1,121	15.7%	323	4.5%	314	4.4%	155	2.2%	303	4.2%	110	1.5%		

アクトカム（結果）評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して  
重症化しやすいHbA1c6.5以上の方の減少は

年度	HbA1c測定	5.5以下	5.6~5.9	6.0~6.4	6.5以上			再掲				
					再) 7.0以上	未治療	治療					
H29	8,451	3,181 37.6%	3,218 38.1%	1,162 13.7%	890 10.5%	320 36.0%	570 64.0%	521 6.2%	132 25.3%	389 74.7%	6.2%	10.5%
H30	8,131	3,191 39.2%	3,021 37.2%	1,067 13.1%	852 10.5%	269 31.6%	583 68.4%	481 5.9%	105 21.8%	376 78.2%	5.9%	10.5%
R01	8,299	2,509 30.2%	3,392 40.9%	1,436 17.3%	962 11.6%	358 37.2%	604 62.8%	563 6.8%	136 24.2%	427 75.8%	6.8%	11.6%
R02	6,138	2,359 38.4%	2,280 37.1%	799 13.0%	700 11.4%	205 29.3%	495 70.7%	430 7.0%	94 21.9%	336 78.1%	7.0%	11.4%
R03	6,801	2,786 41.0%	2,491 36.6%	820 12.1%	704 10.4%	223 31.7%	481 68.3%	415 6.1%	93 22.4%	322 77.6%	6.1%	10.4%
R04	7,133	2,355 33.0%	2,865 40.2%	1,121 15.7%	792 11.1%	284 35.9%	508 64.1%	469 6.6%	115 24.5%	354 75.5%	6.6%	11.1%

治療と未治療の状況

	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値						再掲					
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病											
		5.5以下		5.6~5.9		6.0~6.4		合併症予防のための目標		最低限達成が望ましい目標		合併症の危険が更に大きくなる		7.4以上		8.4以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A			
治療中	H29	766	9.1%	13	1.7%	42	5.5%	141	18.4%	181	23.6%	252	32.9%	137	17.9%	247	32.2%	94	12.3%
	H30	780	9.6%	17	2.2%	44	5.6%	136	17.4%	207	26.5%	256	32.8%	120	15.4%	252	32.3%	81	10.4%
	R01	785	9.5%	8	1.0%	42	5.4%	131	16.7%	177	22.5%	277	35.3%	150	19.1%	289	36.8%	94	12.0%
	R02	643	10.5%	15	2.3%	33	5.1%	100	15.6%	159	24.7%	217	33.7%	119	18.5%	220	34.2%	85	13.2%
	R03	644	9.5%	16	2.5%	38	5.9%	109	16.9%	159	24.7%	219	34.0%	103	16.0%	209	32.5%	68	10.6%
	R04	683	9.6%	18	2.6%	40	5.9%	117	17.1%	154	22.5%	238	34.8%	116	17.0%	238	34.8%	82	12.0%
治療なし	H29	7,685	90.9%	3,168	41.2%	3,176	41.3%	1,021	13.3%	188	2.4%	80	1.0%	52	0.7%	80	1.0%	40	0.5%
	H30	7,351	90.4%	3,174	43.2%	2,977	40.5%	931	12.7%	164	2.2%	71	1.0%	34	0.5%	64	0.9%	30	0.4%
	R01	7,514	90.5%	2,501	33.3%	3,350	44.6%	1,305	17.4%	222	3.0%	86	1.1%	50	0.7%	81	1.1%	42	0.6%
	R02	5,495	89.5%	2,344	42.7%	2,247	40.9%	699	12.7%	111	2.0%	59	1.1%	35	0.6%	52	0.9%	26	0.5%
	R03	6,157	90.5%	2,770	45.0%	2,453	39.8%	711	11.5%	130	2.1%	48	0.8%	45	0.7%	62	1.0%	38	0.6%
	R04	6,450	90.4%	2,337	36.2%	2,825	43.8%	1,004	15.6%	169	2.6%	76	1.2%	39	0.6%	65	1.0%	28	0.4%

出典・参照：特定健診等データ管理システム、ヘルスラボツール

参考資料8 血圧の年次比較

血圧の年次比較													
	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値					
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
A	B	B/A	C	C/A	B	B/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
H29	8,577	2,816	32.8%	1,449	16.9%	2,270	26.5%	1,668	19.4%	321	3.7%	53	0.6%
H30	8,250	2,487	30.1%	1,253	15.2%	2,174	26.4%	1,693	20.5%	524	6.4%	119	1.4%
R01	8,429	2,391	28.4%	1,266	15.0%	2,263	26.8%	1,790	21.2%	568	6.7%	151	1.8%
R02	6,138	1,594	26.0%	953	15.5%	1,706	27.8%	1,411	23.0%	378	6.2%	96	1.6%
R03	6,801	1,872	27.5%	1,054	15.5%	1,757	25.8%	1,615	23.7%	408	6.0%	95	1.4%
R04	7,133	1,994	28.0%	1,109	15.5%	1,901	26.7%	1,607	22.5%	426	6.0%	96	1.3%

アウトカム（結果）評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して  
重症化しやすいⅡ度高血圧以上の方の減少は

年度	健診受診者	正常 正常高値	高値	Ⅰ度 高血圧	Ⅱ度高血圧以上			再掲		再掲		
					再)Ⅲ度高血圧	未治療	治療	再掲	再掲			
											人数	割合
H29	8,577	4,265 49.7%	2,270 26.5%	1,668 19.4%	374 4.4%	207 55.3%	167 44.7%	53 0.6%	39 73.6%	14 26.4%	0.6%	4.4%
H30	8,250	3,740 45.3%	2,174 26.4%	1,693 20.5%	643 7.8%	405 63.0%	238 37.0%	119 1.4%	87 73.1%	32 26.9%	1.4%	7.8%
R01	8,429	3,657 43.4%	2,263 26.8%	1,790 21.2%	719 8.5%	437 60.8%	282 39.2%	151 1.8%	99 65.6%	52 34.4%	1.8%	8.5%
R02	6,138	2,547 41.5%	1,706 27.8%	1,411 23.0%	474 7.7%	269 56.8%	205 43.2%	96 1.6%	66 68.8%	30 31.3%	1.6%	7.7%
R03	6,801	2,926 43.0%	1,757 25.8%	1,615 23.7%	503 7.4%	291 57.9%	212 42.1%	95 1.4%	60 63.2%	35 36.8%	1.4%	7.4%
R04	7,133	3,103 43.5%	1,901 26.7%	1,607 22.5%	522 7.3%	298 57.1%	224 42.9%	96 1.3%	60 62.5%	36 37.5%	1.3%	7.3%

治療と未治療の状況

	血圧測定者	正常				保健指導		受診勧奨判定値							
		正常		正常高値		高値血圧		Ⅰ度		Ⅱ度		Ⅲ度			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
A	B	B/A	C	C/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A			
治療中	H29	2,844	33.2%	468	16.5%	508	17.9%	932	32.8%	769	27.0%	153	5.4%	14	0.5%
	H30	2,704	32.8%	381	14.1%	439	16.2%	860	31.8%	786	29.1%	206	7.6%	32	1.2%
	R01	2,829	33.6%	386	13.6%	414	14.6%	882	31.2%	865	30.6%	230	8.1%	52	1.8%
	R02	2,228	36.3%	263	11.8%	340	15.3%	754	33.8%	666	29.9%	175	7.9%	30	1.3%
	R03	2,382	35.0%	319	13.4%	373	15.7%	714	30.0%	764	32.1%	177	7.4%	35	1.5%
	R04	2,542	35.6%	354	13.9%	388	15.3%	811	31.9%	765	30.1%	188	7.4%	36	1.4%
治療なし	H29	5,733	66.8%	2,348	41.0%	941	16.4%	1,338	23.3%	899	15.7%	168	2.9%	39	0.7%
	H30	5,546	67.2%	2,106	38.0%	814	14.7%	1,314	23.7%	907	16.4%	318	5.7%	87	1.6%
	R01	5,600	66.4%	2,005	35.8%	852	15.2%	1,381	24.7%	925	16.5%	338	6.0%	99	1.8%
	R02	3,910	63.7%	1,331	34.0%	613	15.7%	952	24.3%	745	19.1%	203	5.2%	66	1.7%
	R03	4,419	65.0%	1,553	35.1%	681	15.4%	1,043	23.6%	851	19.3%	231	5.2%	60	1.4%
	R04	4,591	64.4%	1,640	35.7%	721	15.7%	1,090	23.7%	842	18.3%	238	5.2%	60	1.3%

参考資料9 LDL-Cの年次比較

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値						
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上		
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A
総数	H29	8,577	3,945	46.0%	2,112	24.6%	1,421	16.6%	731	8.5%	368	4.3%
	H30	8,241	3,813	46.3%	1,972	23.9%	1,396	16.9%	679	8.2%	381	4.6%
	R01	8,423	3,529	41.9%	2,117	25.1%	1,519	18.0%	779	9.2%	479	5.7%
	R02	6,137	2,747	44.8%	1,463	23.8%	1,075	17.5%	531	8.7%	321	5.2%
	R03	6,801	2,927	43.0%	1,587	23.3%	1,183	17.4%	657	9.7%	447	6.6%
R04	7,133	3,207	45.0%	1,724	24.2%	1,183	16.6%	631	8.8%	388	5.4%	
男性	H29	3,841	1,900	49.5%	931	24.2%	610	15.9%	268	7.0%	132	3.4%
	H30	3,756	1,878	50.0%	846	22.5%	616	16.4%	279	7.4%	137	3.6%
	R01	3,806	1,745	45.8%	970	25.5%	620	16.3%	300	7.9%	171	4.5%
	R02	2,770	1,366	49.3%	615	22.2%	469	16.9%	199	7.2%	121	4.4%
	R03	3,075	1,432	46.6%	736	23.9%	487	15.8%	256	8.3%	164	5.3%
R04	3,233	1,561	48.3%	777	24.0%	513	15.9%	228	7.1%	154	4.8%	
女性	H29	4,736	2,045	43.2%	1,181	24.9%	811	17.1%	463	9.8%	236	5.0%
	H30	4,485	1,935	43.1%	1,126	25.1%	780	17.4%	400	8.9%	244	5.4%
	R01	4,617	1,784	38.6%	1,147	24.8%	899	19.5%	479	10.4%	308	6.7%
	R02	3,367	1,381	41.0%	848	25.2%	606	18.0%	332	9.9%	200	5.9%
	R03	3,726	1,495	40.1%	851	22.8%	696	18.7%	401	10.8%	283	7.6%
R04	3,900	1,646	42.2%	947	24.3%	670	17.2%	403	10.3%	234	6.0%	

アウトカム（結果）評価 糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の25%減少を目指して

重症化しやすいLDL160以上の方の減少は

年度	健診受診者	120未満	120～139	140～159	160以上			再掲	
					再)180以上	未治療	治療		
H29	8,577	3,945 46.0%	2,112 24.6%	1,421 16.6%	1,099 12.8%	998 11.6%	101 1.2%	4.3%	12.8%
H30	8,241	3,813 46.3%	1,972 23.9%	1,396 16.9%	1,060 12.9%	977 11.9%	83 1.0%	4.6%	12.9%
R01	8,423	3,529 41.9%	2,117 25.1%	1,519 18.0%	1,258 14.9%	1,151 13.7%	107 1.3%	5.7%	14.9%
R02	6,137	2,747 44.8%	1,463 23.8%	1,075 17.5%	852 13.9%	778 12.7%	74 1.2%	5.2%	13.9%
R03	6,801	2,927 43.0%	1,587 23.3%	1,183 17.4%	1,104 16.2%	1,026 15.1%	78 1.1%	6.6%	16.2%
R04	7,133	3,207 45.0%	1,724 24.2%	1,183 16.6%	1,019 14.3%	944 13.2%	75 1.0%	5.4%	14.3%

治療と未治療の状況

	LDL測定者	正常		保健指導判定値		受診勧奨判定値							
		120未満		120～139		140～159		160～179		180以上			
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
		A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	
治療中	H29	1,779	20.7%	1,158	65.1%	363	20.4%	157	8.8%	63	3.5%	38	2.1%
	H30	1,701	20.6%	1,143	67.2%	334	19.6%	141	8.3%	49	2.9%	34	2.0%
	R01	1,778	21.1%	1,091	61.4%	414	23.3%	166	9.3%	70	3.9%	37	2.1%
	R02	1,464	23.9%	958	65.4%	309	21.1%	123	8.4%	47	3.2%	27	1.8%
	R03	1,513	22.2%	999	66.0%	305	20.2%	131	8.7%	54	3.6%	24	1.6%
R04	1,666	23.4%	1,145	68.7%	302	18.1%	144	8.6%	52	3.1%	23	1.4%	
治療なし	H29	6,798	79.3%	2,787	41.0%	1,749	25.7%	1,264	18.6%	668	9.8%	330	4.9%
	H30	6,540	79.4%	2,670	40.8%	1,638	25.0%	1,255	19.2%	630	9.6%	347	5.3%
	R01	6,645	78.9%	2,438	36.7%	1,703	25.6%	1,353	20.4%	709	10.7%	442	6.7%
	R02	4,673	76.1%	1,789	38.3%	1,154	24.7%	952	20.4%	484	10.4%	294	6.3%
	R03	5,288	77.8%	1,928	36.5%	1,282	24.2%	1,052	19.9%	603	11.4%	423	8.0%
R04	5,467	76.6%	2,062	37.7%	1,422	26.0%	1,039	19.0%	579	10.6%	365	6.7%	

出典・参照：特定健診等データ管理システム、ヘルスラボツール

